

T
56
C961
1996 Ej.2

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD**

ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA

MAN 315

**RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION
FRENTE A LOS PROBLEMAS DE
SALUD, EN DOS BARRIOS DE MANAGUA,
1995.**

**Trabajo de Tesis para optar al
título de Master en Salud Pública.**


AUTORAS:

Lic. ROSARIO CUADRA FERNANDEZ.

Lic. GRACIELLA MARSAL DE VARONA.


TUTOR:

Dr. JULIO PIURA LOPEZ.


ASESOR:

Dr. LEONEL ARGUELLO YRIGOYEN.

MANAGUA, MARZO DE 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA**

**RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION
FRENTE A LOS PROBLEMAS DE
SALUD, EN DOS BARRIOS DE MANAGUA,
1995.**

Trabajo de Tesis para optar al
título de ~~Master~~ en Salud Pública.

AUTORAS:

Lic. ROSARIO CUADRA FERNANDEZ.

Lic. GRACIELLA MARSAL DE VARONA.

TUTOR:

Dr. JULIO PIURA LOPEZ.

ASESOR:

Dr. LEONEL ARGUELLO YRIGOYEN.

MANAGUA, MARZO DE 1996.

Los resultados de este esfuerzo queremos dedicárselos a los pobladores de los barrios marginales de Managua, que por sus deterioradas condiciones de vida están expuestos a enfermar y morir, y que tienen derecho de encontrar alternativas de solución a sus problemas con el desarrollo de sus capacidades y potencialidades y con el apoyo de instituciones y organismos que trabajan para la salud.

Rosario y Graciella.

AGRADECIMIENTOS

A los Doctores Julio Piura López y Leonel Argüello Yrigoyen por el incondicional apoyo que con su tutoría y asesoría respectivamente nos brindaron.

A los docentes y personal de apoyo del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Escuela de Salud Pública de Nicaragua, por el estímulo y apoyo recibido en la realización de este esfuerzo.

A la Organización Panamericana de la Salud, con sede en Nicaragua, en especial al Doctor Joaquín Molina, por la colaboración otorgada en la ejecución de este estudio.

Al personal del Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS) que nos facilitó recursos y materiales para el desarrollo de esta tesis.

A la comunidad de los barrios Hilario Sánchez y Las Torres por su participación activa en el proceso de este estudio.

A las instituciones y organismos que colaboraron con información para llevar a efecto la investigación.

CONTENIDOS

	PAGS.
© RESUMEN EJECUTIVO.....	1
I. INTRODUCCION.....	5
II. OBJETIVOS.....	9
III. MARCO DE REFERENCIA.....	10
IV. DISEÑO METODOLOGICO.....	24
V. RESULTADOS.....	43
VI. DISCUSION DE RESULTADOS.....	95
VII. CONCLUSIONES.....	112
VIII. RECOMENDACIONES.....	116
IX. BIBLIOGRAFIA.....	118
X. ANEXOS.....	124

RESUMEN EJECUTIVO

La crisis económica en Nicaragua y las malas condiciones higiénico-sanitarias en que viven los habitantes y grandes grupos de población los exponen al riesgo de contraer enfermedades prevenibles.

Para enfrentar la crisis de salud que vive la población es necesario buscar alternativas de solución que se originen de la sociedad civil, considerando como lo más importante el empoderamiento de la comunidad, que le permita el desarrollo de la organización y la autogestión para la búsqueda de soluciones a sus problemas.

Dentro de la situación de crisis las comunidades han desarrollado formas de respuesta social como mecanismos de sobrevivencia, las que deben ser debidamente identificadas y optimizadas por los servicios institucionales para lograr impacto en la salud de la población.

En este estudio se pretende caracterizar la respuesta social de la población de dos barrios de Managua, valorando la organización y participación de la población frente a sus problemas de salud.

Con esta investigación se busca determinar en qué medida el desarrollo comunitario facilita el proceso de solución a los principales problemas de salud de la comunidad.

El tipo de estudio utilizado corresponde a un estudio descriptivo, de corte transversal y de carácter cuanti-cualitativo, para el que fueron seleccionados dos barrios marginales de Managua, con condiciones socio-económicas, ambientales y problemas de salud similares y con diferente nivel de desarrollo comunitario.

Para la obtención de la información se utilizaron diferentes instrumentos como grupos focales, entrevistas a informantes claves, encuesta a madres de familia y revisión bibliográfica.

Los principales resultados obtenidos en el estudio expresan que la respuesta social de la población frente a los problemas de salud es más positiva en el barrio Hilario Sánchez que en el barrio Las Torres, debido al consenso alcanzado por sus organizaciones comunitarias, lo que ha permitido incidir positivamente en los problemas de salud y en el mejoramiento de las condiciones de vida.

En el estudio se aprecia un enfoque integral en salud de parte de los actores sociales, sin embargo en el barrio Las Torres la imposibilidad del consenso entre las organizaciones comunitarias, ocasionada por la polarización política, no permite a los agentes comunitarios concretizar esa percepción de salud en acciones de promoción que involucren a la comunidad.

Los conocimientos sobre salud que tiene la población no se corresponden con la práctica, porque barreras como la crítica situación económica, problemas culturales, percepción religiosa de los fenómenos, bajos niveles de conciencia sobre la responsabilidad individual, familiar y colectiva y la falta de sistematización y

utilización de metodología participativas en la educación sanitaria, limitan la transformación de actitudes hacia la práctica en salud.

Del estudio se deduce que el desarrollo de las organizaciones comunitarias produce un impacto positivo en la salud de la población, pero hay limitantes que impiden que ese impacto sea mayor y logre un cambio de actitudes que permita la autosostenibilidad, autogestión y empoderamiento.

Las principales limitantes encontradas para lograr una respuesta social más eficaz se centran en la falta de un concepto amplio de participación de parte de las instituciones, organismos y organizaciones comunitarias, que permita el empoderamiento de la comunidad, y en el abordaje individual de las intervenciones de salud que no ubican como unidad de análisis a la familia como motor central de las transformaciones culturales.

El papel de los actores sociales externos a la comunidad no es beligerante en cuanto a facilitar el desarrollo de un proceso autogestionario y de fortalecimiento del ejercicio del poder de la sociedad civil.

Otro resultado importante del estudio es que la salud es un elemento punto de encuentro en el cual las organizaciones comunitarias de diferentes signos políticos han logrado establecer un consenso para la búsqueda de solución a sus problemas.

Por lo tanto del estudio se infiere, que los problemas de la salud no se resuelven con un enfoque unilateral e insuficiente de disciplinas específicas, en el que no se incluyen el análisis sociológico de elementos relacionados con las condiciones de vida de la población, los factores culturales, conducta, creencias, concepciones y valores sociales que son elementos que aportan a una concepción integral de intervención que permita que dicha intervención reconozca y potencie el nivel de respuesta social existente en la propia población frente a sus problemas de salud.

I. INTRODUCCION.

La crítica situación económica que atraviesan los países Latinoamericanos y que hace necesaria la aplicación de políticas de ajuste en el plano económico, afecta la situación de salud de la mayoría de la población.

Para enfrentar la crisis de salud que vive la población es necesario buscar alternativas de solución que se originen de la sociedad civil, considerando como lo más importante el empoderamiento de la comunidad, que le permita el desarrollo de la organización y la autogestión para la búsqueda de soluciones a sus problemas.

Un sistema sanitario con participación comunitaria facilita la educación e involucramiento de la comunidad en el análisis y búsqueda de alternativas de solución a sus problemas de salud, accediendo al control social de la planificación y mejorando el funcionamiento de los servicios de salud y el desarrollo de un sistema sanitario sobre una base comunitaria.

La crisis económica en Nicaragua y las malas condiciones higiénico-sanitarias en que viven los habitantes y grandes grupos de población los exponen al riesgo de contraer enfermedades prevenibles.

Mientras más aguda es la crisis económica del país, es más difícil que el Estado pueda garantizar la salud que la población merece, por lo tanto obtener una mejor salud, debe ser el producto de una acción concertada de la comunidad en su conjunto, en donde la responsabilidad individual, familiar y comunal, unida al compromiso de las instituciones y organismos de la salud, puedan llevar a la búsqueda y aplicación de soluciones a los problemas de salud que vive la población.

Las políticas de salud establecidas en Nicaragua y el proceso de descentralización, conducen teóricamente a la población a ser actores en la construcción de su propia salud. Para ésto es necesario operativizar el desarrollo organizativo de las comunidades y la coordinación con las instituciones y organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajan por la salud.

Dentro de la situación de crisis las comunidades han desarrollado formas de respuesta social como mecanismos de sobrevivencia, las que deben ser debidamente identificadas y optimizadas por los servicios institucionales para lograr impacto en la salud de la población.

En este estudio se pretende caracterizar la respuesta social de la población de dos barrios de Managua, valorando la organización y participación de la población frente a sus problemas de salud.

Con esta investigación se busca determinar en qué medida el desarrollo comunitario facilita el proceso de solución a los principales problemas de salud de la comunidad.

Esta investigación pretende ser un proceso facilitador de capacidades que permita a las comunidades involucradas apropiarse de nuevos elementos para su análisis y desarrollo.

Los resultados de esta investigación permitirán desarrollar un modelo de intervención para el desarrollo de la organización comunitaria que sea replicable en otras comunidades, haciendo énfasis en el diagnóstico de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades con la capacitación técnica a los líderes.

En cuanto al aspecto técnico metodológico será una incursión en el campo de la combinación de técnicas cuanti-cualitativas y un alerta a los interesados en hacer salud pública para que utilicen mejor los instrumentos participativos y la potencialidad de las comunidades.

En este estudio se pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes:

1. Qué percepción tiene la población sobre la salud y sus problemas de salud?

2. Qué conocimientos y prácticas tiene la población frente a los problemas de salud que le afectan?
3. Cómo se ha dispuesto organizativamente la comunidad para enfrentar los problemas de salud?
4. Qué nivel de participación tiene la comunidad en la solución de los problemas de salud?
5. Se han desarrollado mecanismos de solidaridad colectivos en la población para el enfrentamiento de los problemas de salud?
6. Tiene la comunidad proyectos autogestionarios para resolver sus problemas de salud?
7. Existe relación y coordinación entre la organización comunitaria y las instituciones y organismos que trabajan por la salud de la comunidad?

II. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LA RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD, EN LOS BARRIOS HILARIO SANCHEZ Y LAS TORRES DE MANAGUA, EN EL AÑO 1995.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Describir las condiciones de vida y principales problemas de salud de las comunidades seleccionadas.
2. Determinar los principales conocimientos y prácticas de promoción y prevención sobre los principales problemas de salud que afectan a las comunidades seleccionadas.
3. Identificar los mecanismos de solidaridad social implementados por la población frente a sus problemas de salud.
4. Identificar las formas organizativas que han existido en las comunidades seleccionadas para enfrentar sus principales problemas de salud.
5. Caracterizar el papel de los otros actores sociales locales en su relación con las comunidades estudiadas.

IV. MARCO DE REFERENCIA.

La búsqueda de una interpretación del proceso de enfermar es un proceso histórico configurado por la percepción de la enfermedad, el descubrimiento de la interacción de los diferentes factores de riesgo, la ideología, el poder político del grupo social dominante y las formas de organización de la sociedad.

A lo largo de la historia el abordaje de los problemas de salud se han enfocado desde un paradigma clínico-biologista que plantea como determinantes los factores biológicos en la explicación de la distribución desigual de la enfermedad. Sin embargo, la enfermedad no puede entenderse al margen de la sociedad en la cual ocurre, el panorama patológico se ha transformado a lo largo de la historia, la patología predominante es distinta en una sociedad y otra en un momento dado, y la problemática de salud difiere de una clase social a otra dentro de una misma sociedad, lo que comprueba el carácter social e histórico de la enfermedad.

En el transcurso del tiempo se ha venido desarrollando un nuevo concepto en el área de la salud, que es salud-enfermedad, concepto construido colectiva y socialmente.

La salud es un elemento que refleja las condiciones de vida de los conjuntos sociales. Es decir, que no responde sólo a las determinaciones biológicas y genéticas, sino que cristaliza en un dado momento, el conjunto de las condiciones sociales, económicas

y culturales que actúan sobre las personas y el grupo familiar, el conjunto social y el ambiente en que están insertos.¹

Por consiguiente, la salud está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas y de sus relaciones sociales, por el modelo económico imperante y la forma en que éste se inserta en el sistema económico internacional, por la organización particular del Estado y de las relaciones políticas que la caracterizan en un momento dado de su historia.²

Sin embargo, el reconocimiento de la importancia de lo social en el proceso de generación de enfermedad no ha tenido mayores repercusiones prácticas.

Sigue prevaleciendo en la práctica el modelo médico hegemónico que ve la salud como industria productora de bienes de consumo y por lo tanto busca promover la venta de actos y procedimientos médicos y hacer de las personas meros consumidores pasivos y no actores en la construcción de su propia salud.³

¹ La Salud y sus Determinantes: Salud y Condiciones de vida. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas locales de salud. OPS/OMS, Washington, D.C., 1992.

² Organización Panamericana de la Salud. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de Acciones de Salud y Bienestar. OPS/HSTA. 1992.

³ Organización Panamericana de la Salud. La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate. OPS/OMS. Publicación Científica No. 540. Washington D.C., E.U.A., 1992.

Esto no sucede solamente con los sectores de la población cuyos medios les permiten consumir atención médica, sino también entre los pobres, para quienes conseguir atención médica es una reivindicación y, en cierta medida, la única forma de obtener salud.

Obtener una mejor salud debe ser el producto de una acción concertada de la comunidad en su conjunto, y no el fruto de acciones o decisiones individuales relacionadas con la capacidad de acceder a la atención médica oportuna y compleja.

La participación organizada de la población en la promoción y prevención de la salud es una garantía o una esperanza -quizás la única- de acceder a un mejor nivel de salud.

En la mayoría de los países de América Latina y El Caribe, aún prevalecen las enfermedades de la pobreza como las enfermedades inmunoprevenibles, las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones respiratorias, la malnutrición, la mortalidad perinatal etc, que ocasionan muerte en la población y una gran demanda de atención en los servicios de salud y por lo tanto ocupan gran parte de tiempo de médicos, enfermeras y otros miembros del equipo de salud en estos países.

Para la prevención de estas enfermedades es muy importante una estricta higiene individual, familiar y comunal, la educación de la población y la adecuada organización y disposición de los diferentes actores sociales de la comunidad para su involucramiento en la solución a estos problemas.

En Nicaragua las enfermedades prevenibles encuentran condiciones favorables para proliferarse, caracterizada por las siguientes cifras oficiales:^{4,5}

70 %	Población con necesidades básicas insatisfechas.
23 %	Población en pobreza extrema.
16 %	Población en miseria.
52 %	Población desempleada.
19 %	Población que vive en condiciones de hacinamiento.
47 %	Población sin servicio de agua potable.
22 %	Población urbana sin servicio de agua potable.
82 %	Población rural sin servicio de agua potable.
41 %	Agua potable sin tratamiento para desinfección.
20 %	Alcantarillado en servicio en el país. (construido en 1950).
84 %	Población rural no tiene letrinas.
55 %	Basura sin recolectarse.
93 %	Basureros al descubierto.

Esta situación sanitaria permite y explica, que las enfermedades diarreicas agudas sean la primera causa de muerte en niños menores de un año en Nicaragua y la segunda en morbilidad para todas las edades, así como que el perfil epidemiológico del país esté dominado por enfermedades transmisibles que son prevenibles.

⁴ Plan para la prevención y control del cólera en Nicaragua. Ministerio de Salud, OPS/OMS, 1992.

⁵ FIDEG. Observador económico, Managua, Nicaragua, 1995.

El diseño de una estrategia de prevención para el enfrentamiento de los principales problemas de salud, exige reconocer la naturaleza social de las causas de estos problemas y revisar las condiciones de vida de la población, así como el desarrollo de una nueva política sanitaria basada en los conceptos de equidad y de solidaridad, en la que se destaque la responsabilidad individual, familiar y comunitaria en relación con la salud y se sitúe la salud en el marco del desarrollo general del país.

Se requiere de una respuesta organizada de la población como única alternativa para enfrentar los problemas de salud en comunidades donde las condiciones de vida ponen en situación de riesgo a la población.

La apropiación de conocimientos de parte de la comunidad sobre las enfermedades, su tratamiento y las medidas para evitarlas, permitirá la disposición de la población en la aplicación de las medidas necesarias para la prevención.

El desarrollo organizacional de la comunidad es de vital importancia para garantizar la participación activa de la población en las actividades comunales que permita disminuir el riesgo de enfermar por parte de la comunidad.

La participación comunitaria en el área de salud adquiere diversos sentidos y se ponen de manifiesto dos posiciones extremas, la que apoya la inclusión y la que la rechaza.

La posición favorable de la participación se basa en tres concepciones básicas, una la que concibe a la participación como una actividad necesaria por sus efectos democratizadores de la sociedad; dos la que privilegia en su argumentación las concecuencias para la salud de la población, concibiéndola como una estrategia que brinda mayores posibilidades de éxitos a los programas y tres la que esconde tras los efectos de mejor salud una manipulación en el nivel de lo social y lo político.⁶

La primera concepción se basa en el criterio de la participación comunitaria como una forma de resolver los problemas de salud, que al ser autogestiva brinda a la comunidad autosuficiencia e independencia, por cuanto significa el ejercicio del poder y como tal el fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base, que equivale al proceso de reappropriación por la población del conjunto de instrumentos que regulan la vida social y los servicios que presta.

En este modelo, la participación comunitaria se plantea como un fin en sí mismo y es siempre deseable, independientemente de su impacto en la salud siempre y cuando se eleven los niveles de organización y conciencia de la comunidad.

⁶ Cuadernos de Salud Pública. Bronfman, Mario; Gleizer, Marcela. Participación comunitaria: Necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. Fundación Oswaldo Cruz, 1994.

El segundo enfoque se argumenta a través de la consecuencia de la participación en la salud de la población y es concebida como un medio técnico, una modalidad que permite el mejor funcionamiento y aceptación de los programas de salud, se plantea que la participación comunitaria es una opción que garantiza mayor efectividad siempre y cuando la comunidad lo sienta como algo propio, responsabilizándose por el problema y participando en su solución.

Vista la participación comunitaria como herramienta, se piensa a sí misma como social y políticamente neutra, aunque ésta no podrá tener un carácter neutro, ni puede ser abstraída del contexto en que tiene lugar, ya que siempre tiene efectos sobre la estructura social de la comunidad, su organización y su capacidad de acción, y concibiéndola de esta manera se corre el riesgo de que el programa tenga efectos negativos sobre otros aspecto de la vida comunitaria, pudiendo conducir a consecuencias no esperadas ni deseadas por las instituciones, lo que podría estimular la apatía y la desmovilización o incrementar la dependencia de la asistencia externa.

En la tercera posición, cuando la participación tiene objetivos que van más allá de la resolución de los problemas de salud de la población, ya sea para legitimar a quien lo promueve o la implementación misma, la participación comunitaria es concebida como un instrumento político y las mejoras en la salud constituyen un medio antes que un fin en sí mismo y la participación comunitaria se incluye como estrategia política antes que como herramienta de utilidad técnica, así definida la participación

sería sólo un instrumento para legitimar el poder, ejercer control político y beneficiar los intereses ajenos a la población.

En cuanto al rechazo de la participación comunitaria, el primer argumento está relacionado con el último planteamiento, participación comunitaria como una excusa para la manipulación político social de la comunidad, es decir la participación como un medio político cuestionando sobre los efectos negativos que ésta tiene sobre la comunidad.

Como segundo argumento se plantea el rechazo de la participación por las consecuencias para la salud de la población, ya que los programas que utilizan estas estrategias ofrecen servicios de segunda mano y de baja calidad, con personal pobremente entrenado y con menores recursos materiales y humanos.

La tercera posición plantea que como los programas de salud con enfoque participativos tienen que ser locales y diferentes de una región a otra aumentan sus costos y disminuye su factibilidad.

La relación entre la participación comunitaria, sus consecuencias sociales y políticas y sus efectos sobre la salud, dependen de la forma que la participación adquiera en la práctica. Es necesario cuando se propone incluir a la participación en programas de salud tener claro cuáles son los efectos que se espera tenga la participación y cómo se va a implementar y para qué.

La participación social en salud debe entenderse como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la promoción, prevención y atención de la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria.⁷

Si la comunidad logra un control sobre las situaciones, los hechos y el medio ambiente, puede aspirar a un mayor desarrollo de su potencial humano, a un incremento de las oportunidades para su vida y a la consecución de sus aspiraciones.⁸

Para el desarrollo organizacional de la comunidad es fundamental el liderazgo de los individuos, que surge a través de un tiempo prudencial, donde por razones de mayor cultura, entrega desinteresada, herencia familiar, cargos partidarios, tipo de personalidad u otros, favorece el desarrollo de los líderes naturales.

No obstante, la permanencia de éste depende del trabajo que realice y la construcción de su liderazgo, el cual puede verse afectado entre otros elementos, por razones internas (incumplimiento de lo esperado por la comunidad o la imposición de líder) o por razones

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Participación social en los Sistemas Locales de Salud. OPS/OMS, Washington D.C., 1988.

⁸ Hernández, Carlos; et al. Participación Social en Salud. COMPANIC. Managua, Nicaragua. 1991.

externas (polarización política), la recuperación de ambas dependerá de la posibilidad del líder en ampliar su capacidad de conducción y conducta no excluyente, que sume a las diferentes personas con tal fuerza que su liderazgo sobrepase los distinguos políticos y sea aceptado por las diferentes fuerzas sociales existentes.

La forma como se perciben los fenómenos tiene una potencia movilizadora de fuerzas sociales; son las fuerzas sociales, los actores, quienes desarrollan y promueven las concepciones en función de la eficacia social de las mismas, con relación a sus propósitos.⁹

Ocupar espacios, acumular poder, con un pensamiento sobre salud-enfermedad más integral, supone por lo tanto no sólo la coherencia y fortaleza teórica de dicho pensamiento, sino una mayor capacidad de dar respuesta a los problemas de salud de todos los grupos sociales, tomando en cuenta a los actores sociales relevantes, sobre todo aquellos cuyo concurso de poder es necesario para el desarrollo de los proyectos de salud.¹⁰

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Sobre el concepto de salud-enfermedad: Descripción y explicación de la situación de salud. Boletín Epidemiológico. Vol. 10, No. 4, 1990.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Sobre el concepto de salud-enfermedad: Descripción y explicación de la situación de salud. Boletín Epidemiológico. Vol. 10, No. 4, 1990.

En este contexto, los esfuerzos para lograr una adecuada respuesta social en las comunidades, que por sus condiciones socio-económicas están más expuestas al riesgo de enfermar, se traducen a un desarrollo sistemático de la promoción en salud, entendida como la acción transformadora para el desarrollo de condiciones de vida sana, tomando en cuenta los elementos que interactúan en el sistema de la comunidad: participación social, organización, liderazgo, valores sociales y el consenso de los diferentes actores sociales en la priorización y solución de sus problemas.

En la década de los ochenta, se gestó un amplio movimiento de masas, que desencadenó un proceso masivo de participación de la población en las distintas esferas de la vida social en el ámbito local. La población y sus distintas expresiones organizativas comunitarias desarrollaron un amplio espacio de participación social, en el contexto de los cambios estructurales de la sociedad.

La caracterización de una de las formas más participativas en salud tanto en magnitud como por el impacto que éstas produjeron, fueron las Jornadas Populares de Salud (J.P.S.), donde más 20,000 brigadistas de salud, en conjunto con el resto de la población llevaron a cabo actividades de vacunación, medicación antimalárica, limpieza e higiene y otras, todas ellas con un denominador común, "capacidad movilizativa gigantesca" en poco tiempo¹¹, que cumplía con los objetivos propuestos, pero no favorecía la sostenibilidad

¹¹ Rocha, Armidia; Ulloa, Mirna. La participación voluntaria en las jornadas populares de salud. Escuela de Sociología, Universidad Centroamericana, 1993.

de las acciones, ya que durante el resto del año, la participación de la población en las actividades de salud era menor y básicamente el brigadista no era de carácter permanente en la mayoría de los casos.

Esta contradicción fue más evidente, cuando el Estado (MINSA) no tuvo la capacidad para movilizar de forma permanente a la población, más allá de los límites establecidos por las jornadas, lo cual fue creando una cultura de "brigadista jornalero", atentando contra la sistematicidad participativa.

Un factor que contribuyó a esto, lo constituyen los mecanismos de conducción del MINSA y de Organismos populares que era centralizado, modelo que se agota al no poder plantear nuevas y creativas tareas a la población organizada, situación que se percibe al desaparecer gradualmente el vital rol inicial del Consejo Nacional de Salud y luego del Consejo Regional de Salud.

En el plano político, Nicaragua está señalada por las continuas polarizaciones políticas que han conducido al desgaste y atraso actual del país. La polarización forma parte intrínseca de la cultura política del Nicaragüense, la cual después de 11 años de revolución, con hegemonía Sandinista, resurge con mayor fuerza en todas las capas sociales de la población y se convierte en motivo de discusión, enfrentamientos y fortalece las posiciones egoístas del ciudadano, donde privan los intereses individuales sobre los sociales y donde se le busca color político a actividades de beneficio comunal, incidiendo esto de una manera u otra en la forma

organizativa o en la disposición que adopta una determinada población en el enfrentamiento de un fenómeno social que afecta a todos.

La respuesta social de la población de una comunidad frente a los problemas de salud se refleja en el conocimiento apropiado sobre los fenómenos, en la disposición o actitudes positivas de la población y en la práctica adecuada frente a los problemas.

Esta respuesta depende del nivel de organización que haya logrado adquirir esa comunidad, el liderazgo o capacidad de los actores sociales de movilizar las fuerzas alrededor de la apropiación de sus problemas y necesidades, de los valores culturales, religiosos y sociales que predominan en la percepción de los fenómenos y fundamentalmente del nivel de participación social como la acción y compromiso del colectivo en la solución de sus problemas y la interacción de ésta con las instituciones que inciden en los problemas de salud.

Frente a los diferentes fenómenos de salud que se presentan en las comunidades éstas tienen respuestas ya sea a nivel individual, familiar o comunal.

No existe una respuesta social similar de la población frente a los fenómenos de salud, hay fenómenos que son más dinamizadores que otros, debido a que hay poblaciones que son más sensibles frente a unas enfermedades que a otras, tomando en cuenta los grupos de riesgo, la gravedad o letalidad de la enfermedad, la presión social que ésta pueda ocasionar, las condiciones de vida del grupo

poblacional afectado, la accesibilidad a los servicios de salud y la influencia de la propaganda, así como la experiencia organizativa de la comunidad afectada.

El análisis de la respuesta social de la población ante sus problemas de salud implica una combinación interdisciplinaria que permita un abordaje integral del fenómeno en estudio. Desde la perspectiva de la Salud Pública el uso de la epidemiología es una forma de concretar la Sociología de la salud y ambas ciencias utilizadas en conjunto pueden potencializar su capacidad transformadora de la realidad, al aplicar la teoría en la práctica concreta.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio utilizado corresponde a un estudio descriptivo, de corte transversal y de carácter cuanti-cualitativo.

4.2 POBLACION OBJETO DE ESTUDIO.

Para la realización del presente estudio fueron seleccionados los barrios Hilario Sánchez y Las Torres, pertenecientes al Distrito IV del SILAIS de Managua.

Para esta selección se tomaron en cuenta dos criterios fundamentales:

- a. Barrios con condiciones socio-económicas, ambientales y problemas de salud similares.
- b. Barrios con diferente nivel de desarrollo comunitario:

- b.1. Desarrollo comunitario alto:

- Barrrio que presenta organización comunitaria, participación activa de la organización comunitaria en los problemas de la comunidad, relaciones de coordinación y colaboración con otros organismos o instituciones a lo

interno y externo de la comunidad, gestión de proyectos para la comunidad, integración de la población a las acciones que se desarrollan en la comunidad.

b.2. Desarrollo Comunitario bajo:

Barrio que no presente las características anteriores.

De acuerdo a estos criterios se define al **Hilario Sánchez** como el barrio con desarrollo comunitario alto.

El barrio Hilario Sánchez es un barrio marginal-urbano, ubicado en el Distrito IV de Managua, en el sector nor-oriental, conforma uno de los numerosos barrios localizados en la zona costera de Managua. Sus límites territoriales son al Este con el cauce Oriental y barrio Pedro Joaquín Chamorro, al Norte con el barrio Las Torres, al Oeste con el barrio Benedicto Valverde y al Sur con la carretera Norte.

El barrio tiene aproximadamente 40 años de existencia, siendo la mayoría de su población procedente del campo con un predominio de población joven, altos niveles de pobreza y desempleo.

Su población es aproximadamente de 5,292 habitantes para un total de 941 viviendas.

En los últimos años ha habido un incremento de la drogadicción (consumo y expendio) tanto en niños como en jóvenes, lo que a su vez conduce a un alto grado de delincuencia como asaltos y robos. Es un lugar de fácil acceso geográfico por su cercanía con la carretera Norte.

Este barrio cuenta con organizaciones comunitarias como el Movimiento Comunal Nicaraguense (MCN) y Junta Comunal de Obras y Progreso (JCOP), quienes con sus brigadistas de salud se involucran en los problemas de salud de la comunidad.¹²

El barrio Las Torres es un barrio marginal-urbano que pertenece al Distrito IV de Managua, está ubicado en la zona costera del lago de Managua, sus límites territoriales son al norte con el lago de Managua, al sur y al este con el barrio Hilario Sánchez y al oeste con el barrio Benedicto Valverde.

El barrio Las Torres presenta condiciones socio-económicas deplorables, alto nivel de desempleo, pobreza, drogadicción y delincuencia.

Es un lugar de fácil acceso geográfico y cuenta con una población de 4,800 habitantes, de los cuales el 40% son menores de 15 años de edad.

¹² Información obtenida en el Centro de salud Francisco Buitrago.

En este barrio aunque nominalmente existen organizaciones comunitarias como el MCN y la JCOP, no están trabajando en la problemática de salud de la comunidad.¹³

Ambos barrios por sus condiciones socio-económicas y ambientales presentan similar comportamiento en la morbi-mortalidad siendo afectados principalmente por Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, parasitismo, infecciones de la piel, desnutrición, malaria y dengue.¹⁴

La población objeto de estudio está conformada por tres grupos de cada uno de los barrios seleccionados. Los grupos son los siguientes:

GRUPO 1.

Los principales actores sociales con presencia en los barrios seleccionados:

Organizaciones comunitarias.

El Movimiento Comunal :

Está organizado en los barrios desde 1984, fecha en que se reestructuraron los Comité de Defensa Sandinista (CDS), es una organización de afiliación sandinista.

¹³ Idem.

¹⁴ Idem.

La Junta Directiva de esta organización está compuesta por miembros cuyas edades oscilan entre los 30 y los 50 años, que fueron electos en asamblea de la comunidad.

Sus principales actividades están centradas en proyectos comunitarios, acciones de salud, actividades recreativas y búsqueda de soluciones a los principales problemas que afectan a la comunidad.

La Junta Comunal de Obras y Progreso (J.C.O.P.) :

Se organiza en los barrios a partir de 1990 con el triunfo electoral de la Unión Nacional Opositora (UNO). Es una organización comunitaria que depende del partido liberal.

La Junta Directiva está compuesta por miembros cuyas edades oscilan entre los 20 y 50 años, los cuales fueron designados en sus asambleas para sus cargos.

Su principal actividad está centrada en proyectos comunitarios, acciones de salud, actividades recreativas y búsqueda de soluciones a los principales problemas que afectan a la comunidad.

El Movimiento de Brigadistas de salud :

Movimiento que se organizó en el período revolucionario, que tiene miembros que pertenecen a las diferentes organizaciones comunitarias.

Está compuesto por jóvenes y personas mayores, con edades que oscilan entre los 12 y 50 años.

Sus principales actividades son las jornadas de vacunación, jornadas de limpieza y educación en salud a la población, para lo que reciben orientaciones específicas del MINSA con el que se reúnen sólo coyunturalmente.

GRUPO 2.

Madres que habitan en los dos barrios estudiados, representada por una muestra aleatoria de 70 madres de familias por cada barrio, para un total de 140, ya que se tomó como parámetro el número de habitantes en cada barrio.

La fórmula utilizada fue: $S = Z \times Z (P (1-P) / (D \times D))$, en el cual S es el tamaño de la muestra para una población muy grande (infinita), Z es el percentil de la distribución estándar normal determinado por el nivel de confianza (1.96 o 95%) y D es una mitad del rango de intervalo de confianza deseado para la muestra (5%). Posteriormente se ajusta la "S" con un factor de corrección de una población finita para obtener un estimado final de la muestra, aplicando la siguiente fórmula: $Muestra = S / (1 + (S / población))$.

Se tomó el tamaño de la población de cada barrio y se trabajó con una frecuencia del 20 % del factor esperado, con un resultado de error del 5 %.

GRUPO 3.

Actores sociales locales externos.

Personal de las siguientes instituciones:

Centro de Salud Francisco Buitrago.

Puestos Médicos de los barrios Hilario Sánchez y las Torres.

Alcaldía de Managua, Distrito IV.

Project Concern International (P.C.I.)

Instituto de Promoción Humana (INPRHU)

Escuela Las Torres.

4.3 VARIABLE PRINCIPAL.

La variable principal del estudio es el "**tipo de respuesta social**", entendiendo ésta como la resultante de la interacción de los diferentes elementos del sistema de la comunidad: organización, participación social, liderazgo, autogestión y valores sociales.

4.4 VARIABLES DEL ESTUDIO.

Para describir las condiciones de vida y principales problemas de salud de las comunidades seleccionadas, se tomó en cuenta las siguientes variables:

1. Nivel de Escolaridad.

Grado de escolaridad alcanzado por la madre de familia.

El indicador es el grado de escolaridad alcanzado por las madres de familia de los barrios seleccionados, los valores de esta variable son: analfabeta, alfabetizada, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica y universitaria.

2. Condiciones Higiénico-sanitarias.

Conjunto de elementos que debe tener el hogar para garantizar la higiene sanitaria de la familia. Los indicadores para esta variable son: ubicación fuente de agua potable; disposición de residuales líquidos, disposición de excretas, disposición de basuras, hacinamiento, ubicación de la cocina. Los valores son tener agua potable dentro de la casa o fuera sin compartir, tener tanque séptico o alcantarilla, tener inodoro o letrina, tener de aseo, enterrar o quemar la basura, menos de cuatro personas por cuarto, cocina de leña fuera de la casa.

3. Problemas de Salud.

Eventos que afectan el bienestar individual, familiar o colectivo y que son apreciados por la población como problemas de salud.

4. Disponibilidad de empleo.

Si los habitantes mayores de 15 años tienen algún tipo de actividad que les genere retribución económica.

5. Tipo de vivienda.

Materiales con los que están construidas las viviendas de los barrios.

6. Accesibilidad a los servicios de salud.

Disponibilidad de un puesto o centro de salud cerca del lugar donde vive la población.

Para **determinar los principales conocimientos y prácticas de promoción y prevención sobre las principales problemas de salud que afectan a las comunidades seleccionadas**, las variables a tomar en cuenta serán:

1. Percepción sobre salud.

Criterio u opinión que tiene la comunidad, en base a sus creencias y experiencias, sobre salud.

2. Conocimientos sobre prevención en salud.

Tipo de información que la comunidad maneja sobre sus principales problemas de salud. Los indicadores son: conocimientos sobre mecanismos de transmisión de la diarrea, conocimiento sobre síntomas de gravedad de la diarrea y las enfermedades respiratorias y edad de vacunación del sarampión.

3. Prácticas sobre prevención en salud.

Medidas aplicadas por la comunidad para la prevención de los principales problemas de salud. Los indicadores son: las medidas que se toman en la familia para prevenir la morbilidad y mortalidad por diarrea.

Para identificar los mecanismos de solidaridad social implementados por la población frente a sus problemas de salud, las variables que se escogieron son:

1. Formas de solidaridad.

Formas en que la población realiza acciones para apoyar a los que enfrentan un riesgo o daño de la salud.

2. Naturaleza de la solidaridad.

Tipo de acciones que realiza la población en apoyo a los afectados por un riesgo o daño a la salud.

3. Valores sociales.

Creencias, juicios y criterios mediante los cuales la población explica y se comporta frente a sus problemas de salud.

Para identificar las formas organizativas que han existido en las comunidades seleccionadas para enfrentar sus principales problemas de salud, se tomaron en cuenta las siguientes variables:

1. Disposición de la población frente a los problemas de salud.

Actitud que asume la población ante la implementación de acciones para la solución de los problemas de salud.

2. Organización comunitaria.

Formas en que la población se organiza para la búsqueda de soluciones y el enfrentamiento a los problemas que la afectan.

3. Liderazgo.

Capacidad para involucrar a los miembros de la comunidad en acciones para la solución de sus problemas.

4. Participación social.

Involucramiento de los miembros de la comunidad en la toma de decisiones y ejecución de acciones, que tienen que ver con la satisfacción de sus necesidades.

5. Autogestión.

Capacidad propia de la comunidad para elaborar y gestionar alternativas para la resolución de sus problemas.

Para caracterizar el papel de los otros actores sociales locales externos en su relacion con las comunidades estudiadas se tomaron las siguientes variables:

1. Rol de los actores sociales locales externos.

Funciones y actividades que desarrollan los actores sociales locales externos en beneficio de la solución de los problemas de salud de las comunidades.

2. Percepción de los actores sociales locales externos sobre las comunidades.

Criterio u opinión que los actores sociales locales externos tienen sobre las condiciones de vida de las comunidades, y su organización y participación en la solución de sus problemas de salud.

3. Mecanismos de comunicación de los actores sociales locales externos con las comunidades.

Formas de comunicación que existen entre los actores sociales locales externos y las comunidades.

4. Mecanismos de coordinación de los actores sociales locales externos con las comunidades.

Formas de coordinación que se establecen entre los actores sociales locales externos y las comunidades, para enfrentar en conjunto los problemas de salud.

5. Coordinación de los actores sociales locales externos entre sí.

Mecanismos de cooperación entre las diferentes instituciones y organismos que trabajan con los problemas de salud.

4.5 OBTENCION DE INFORMACION.

Para el estudio se utilizaron de fuentes primarias y secundarias, las que se abordaron con diferentes mecanismos e instrumentos de recolección de información:

Fuentes primarias:

Diferentes actores sociales que actúan en los barrios y que son reconocidos por la comunidad, que fueron abordados a través de Grupos Focales con una guía por temas. (Anexo No. 7.1)

Informantes claves de las comunidades y de las instituciones y organismos que trabajan en salud que tienen relación con las comunidades estudiadas, abordados por medio de entrevistas con una guía de preguntas abiertas. (Anexo No 7.2)

Muestra aleatoria de las familias de los dos barrios seleccionados, abordadas a través de una encuesta con un cuestionario estructurado. (Anexo No. 7.3)

Fuentes secundarias:

Documentos sobre la caracterización de los barrios seleccionados, información estadística sobre el comportamiento de los diferentes problemas de salud que tienen los Puestos de Salud correspondientes y finalmente la bibliografía sobre los elementos conceptuales relacionados con el tema de estudio.

4.6 FASES DE IMPLEMENTACION.

FASE I. Estudio preliminar de la zona y de la población objeto de estudio.

En esta fase se procedió a realizar mapeo físico y social de los barrios seleccionados ubicando a los diferentes actores sociales de las comunidades en estudio y se identificó la muestra de familias que se encuestaron, así como la realización de la prueba piloto de la encuesta.

FASE II. Fase de Recolección de la Información.

Una vez realizados los primeros contactos y habiéndose obtenido un conocimiento básico de la realidad de los barrios estudiados, se implementaron los mecanismos establecidos para la obtención de la información:

Organización y realización de los grupos focales.

Se realizaron visitas directas a los diferentes actores sociales, explicando los objetivos del estudio y solicitando su participación en el mismo. Se estableció con los diferentes sectores sociales los grupos focales a realizar y se programaron las reuniones, explicando las normas para el desarrollo de las mismas.

Se prepararon las condiciones para la realización de los grupos focales: local, materiales a utilizar (papelógrafos, marcadores, grabadoras, cassette, diario de campo, guías para el trabajo de grupo y refrigerio) y horario de las reuniones.

Los diferentes líderes de los barrios se encargaron de invitar a las personas que ellos consideraron relevantes para proporcionar la información necesaria.

Los cuatro grupos focales realizados fueron:

Las Torres: JCOP y Brigadistas de salud; MCN y Brigadistas de salud.

Hilario Sánchez: JCOP y MCN; Brigadistas de salud.

En cada grupo se trabajó con una guía de discusión para profundizar sobre los temas del estudio con los actores.

Al iniciar cada sesión de trabajo se aclaró a los participantes los objetivos y la dinámica a implementarse en la reunión, solicitando la participación activa de todos y el permiso para grabar las discusiones.

Los miembros del equipo de investigación se distribuyeron el trabajo funcionando como facilitador y/o relator en las diferentes sesiones. Se transcribió la información recolectada.

Realización de entrevistas.

Se contactó a funcionarios del MINSA (Puesto Médico y Centro de Salud), Alcaldía, Organismos no Gubernamentales relacionadas con la salud presentes en los barrios objeto de estudio, solicitando su participación en la entrevista. Se transcribió la información recolectada.

Las entrevistas realizadas fueron:

Hilario Sánchez: Comunidades eclesiales de base, PCI, Dra. del Puesto Médico.

Las Torres: INPRHU, escuela Las Torres, Puesto Médico.

Levantamiento de la encuesta.

En un primer momento se realizó la capacitación a encuestadores y supervisores.

Se organizó a los encuestadores de acuerdo a los barrios seleccionados para levantar la encuesta.

Una vez que el equipo se ubicó en cada barrio, se seleccionó al azar tanto la casa por donde se inició la encuesta, como la dirección a seguir. El supervisor contó con un croquis del barrio.

4.7. PLAN DE ANALISIS.

La información recolectada a través de los diferentes instrumentos se procesó de acuerdo a las técnicas empleadas:

1. *Resultados de grupos focales y entrevistas:*

- Ordenamiento de la información en matrices de resumen de datos cualitativos, de acuerdo a los objetivos específicos del estudio y a los aportes de los grupos focales y las entrevistas.
- Resumen de información a partir de la búsqueda de patrones globales y los temas surgidos en los diferentes grupos y entrevistas anotando expresiones y valoraciones de los participantes.
- Matriz de relación de los ejes relevantes en los Resultados del estudio con los Criterios de Referencia de la Respuesta Social de la población, expresado en las variables del estudio.

2. *Resultados de las encuestas:*

Se procesó a través del programa EPI-INFO 6.0, analizando la información en tablas de frecuencias simples y tablas de cruces de variables.

3. *Tabla de contraste para cruzar la información cualitativa y cuantitativa.*

V. RESULTADOS.

5.1 CONDICIONES DE VIDA Y PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD.

5.1.1 *Composición de la población.*

La población de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez está compuesta fundamentalmente por una población relativamente joven y de prole numerosa, según los actores sociales que participaron en los grupos focales, en ambos barrios la mayoría son mujeres y comienzan a ser madres a edades muy tempranas, "hay mujeres de hasta 22 años que tienen 6 hijos".

Otro fenómeno que manifiestan está relacionado a la problemática de la mujer, con un alto índice de abandono por los hombres y el maltrato de que son víctimas, "hay mucha presencia en los hogares de padrastros que abusan de sus hijos, que violentan a las familias, muchas madres que por tener un hombre en la casa son capaces de aguantar todo".

Del total de madres de familia encuestadas en el barrio Las Torres (70) se encontró que un 54.3% (38) corresponden al grupo de edad de 21-35 años; el 28.6% (20) corresponden al grupo de 36-50 años y un 8.6% (6) respectivamente corresponden a los grupos de menor de 20 años y mayor de 50.

En el barrio Hilario Sánchez se encontró que del total de encuestadas (70), 37.1% (26) pertenecen al grupo de 21-35 años; 35.7% (25) al grupo de 36-50 años; 21.4% (15) pertenecen al grupo mayor de 50 años y sólo un 5.7% (4) fueron menores de 20 años.

Es importante destacar que el 45.7% (64) del total de madres encuestadas en los dos barrios (140) corresponden al grupo de 21-35 años. (Anexo No. 1, Gráfico No. 1)

EDAD DE LAS MADRES DE FAMILIA ENCUESTADAS POR BARRIO.

EDAD DE LA MADRE	BARRIOS		TOTAL
	LAS TORRES	HILARIO S.	
< 20 AÑOS	6 8.6%	4 5.7%	10 7.1%
21-35 AÑOS	38 54.3%	26 37.1%	64 45.7%
36-50 AÑOS	20 28.6%	25 35.7%	45 32.1%
> 50 AÑOS	6 8.6%	15 21.4%	21 15.0%
TOTAL	70 100.0%	70 100.0%	140 100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

5.1.2 Situación económica.

Los barrios Las Torres e Hilario Sánchez se caracterizan por su ubicación marginal a orillas del lago de Managua y sus deterioradas condiciones socioeconómicas¹⁵.

Según estimación de los actores sociales en los grupos focales, ambos barrios presentan altos niveles de desempleo entre un 70 a 80 % aproximadamente de la población económicamente activa, y los que trabajan en su mayoría pertenecen al sector informal, fundamentalmente laboran en los mercados capitalinos, semáforos de las calles y vendedores ambulantes, con un ingreso promedio de 400 a 500 córdobas mensuales.

Como consecuencia de la crítica situación económica que se vive en estos barrios, se han incrementado los problemas sociales como la delincuencia, drogadicción, prostitución, alcoholismo, abuso sexual y violencia contra la mujer y la niñez, "la falta de empleo ha llevado a muchos a la drogadicción, a los niños a inhalar pega, hay bastante delincuencia en el barrio", "estos barrios son muy violentos por las noches" afirman integrantes de los grupos focales.

¹⁵ Información obtenida a través de grupos focales y corroborada por la observación directa y consulta a diferentes fuentes: Caracterizaciones elaboradas por PCI-Nicaragua, Centro de Salud Francisco Buitrago y Distrito IV Alcaldía de Managua y FSLN.

5.1.3 Nivel de escolaridad y accesibilidad a la educación.

Los dos barrios cuentan con escuelas primaria que no dan una cobertura total a la población escolar, algunos niños tienen que movilizarse a otras escuelas cercanas. Muchas familias con niños en edad escolar no tienen los recursos económicos necesarios para la compra de útiles escolares, uniformes y el aporte económico, que exigen los centros de estudios por lo que no envían a los niños a la escuela. "Otros padres, por los mismos problemas económicos envían a sus hijos sin desayunar y en muchas ocasiones se desmayan en clase".

En cuanto al nivel de escolaridad, según la opinión de los actores sociales, la población de estos barrios tiene un bajo nivel cultural, "son pocos los que han podido estudiar más allá de cuarto grado de primaria".

Esta apreciación de los actores sociales en cuanto al bajo nivel de escolaridad de la población de ambos barrios se ratificó en la encuesta que se aplicó a las madres de familia, en la que se encontró que en el barrio Las Torres de 70 madres encuestadas, el 44.3% (31) tenían primaria incompleta; 20% (14) analfabetas; 11.4% (8) primaria completa; 10% (7) con secundaria incompleta; 5.7% (4) alfabetizadas, 4.3% (3) secundaria completa y un 4.3% (3) con algún grado universitario.

En el barrio Hilario Sánchez se encontró un 37.1% (26) de madres con primaria incompleta; 17.2% (12) con secundaria incompleta; 15.7% (11) analfabetas; 11.4% (8) secundaria completa; 8.6% (6) primaria completa; 7.1% (5) con algún grado universitario y un 2.9% (2) alfabetizadas. (Anexo No. 1, Tabla No. 1, Gráfico No. 2)

Del total de madres encuestadas (140) en los dos barrios se encontró un 52% (88) con bajo nivel de escolaridad; diferenciando por barrio, se afirma que en Las Torres un 70% (49) de madres tienen bajo nivel de escolaridad y en el barrio Hilario Sánchez un 55.7% (39).

5.1.4 *Condiciones higiénico-sanitarias.*

En relación a las condiciones de la vivienda, los actores sociales afirman que las viviendas de ambos barrios carecen de una construcción adecuada, ya que en su mayoría están construidas de ripio de madera, zinc, cartón y plástico, otras de minifalda (cemento y madera) y unas pocas de bloque.

En el barrio Hilario Sánchez y Las Torres las viviendas son propias o están en proceso de legalización.

Las familias del barrio Las Torres cocinan fundamentalmente con leña, 61.4% (43), el 28.6% (20) con gas y el 10% (7) tiene cocina eléctrica. En el barrio Hilario Sánchez el 48.6% (34) cocina con leña, el 47.1%

(33) cocina con gas y un 4.3% (3) cocina con electricidad. (Anexo No. 1, Tabla No. 2).

El 50% (35) de las cocinas en los hogares del barrio Las Torres y el 61.4% (43) en el barrio Hilario Sánchez, están ubicadas dentro de la vivienda.

Del total de 43 viviendas en el barrio Las Torres que utilizan leña para cocinar el 23.3% (10) tienen ubicada la cocina dentro del hogar y en el barrio Hilario Sánchez de 34 viviendas que utilizan leña para cocinar el 29.4% (10) presentan la misma situación.

**RELACION DE LAS FAMILIAS QUE COCINAN CON LEÑA
CON UBICACION DE LA COCINA, POR BARRIO.**

UBICACION COCINA	BARRIOS		TOTAL
	LAS TORRES	HILARIO S.	
DENTRO	10	10	20
CASA	23.3%	29.4%	57
FUERA CASA	33	24	
	76.6%	70.6%	
TOTAL	43	34	77
	100.0%	100.0%	

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

En la encuesta aplicada a las madres de familia en relación al hacinamiento se obtuvieron los siguientes resultados: el 54.3% (38) de las familias del barrio Las Torres viven en condiciones de hacinamiento (más de cuatro personas por cuarto) y un 35.7% (25) en el barrio Hilario Sánchez.

En cuanto a los servicios básicos con que cuenta la población, se encontró en el barrio Las Torres, que el abastecimiento de agua potable en un 74.3% (52 viviendas) se realiza a través de una llave ubicada fuera de cada vivienda y un 22.9% (16 viviendas) tienen acceso a agua potable dentro de su vivienda.

En el barrio Hilario Sánchez se encontró una situación diferente, el 68.6% (48 viviendas) tienen agua potable dentro de su casa y un 31.4% (22) tienen la llave de agua potable fuera de la vivienda. (Ver Anexo No. 1, Gráfico No. 3).

UBICACION DE LA FUENTE DE AGUA POTABLE POR BARRIO.

UBICACION DE FUENTE DE AGUA POTABLE	BARRIOS		
	LAS TORRES	H. SANCHEZ	TOTAL
DENTRO	16 22.9%	48 68.6%	64 45.7%
FUERA	52 74.3%	22 31.4%	74 52.9%
POZO	1 1.4%	0 0.0%	1 0.7%
COMPRA	1 1.4%	0 0.0%	1 0.7%
TOTAL	70 100.0%	70 100.0%	140 100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

Los actores sociales opinan que el servicio de agua potable es irregular, lo que ocasiona muchas dificultades a las familias para su abastecimiento, además el servicio no está totalmente legalizado.

Respecto a la disposición de las aguas grises en el barrio Las Torres se encontró que el 71.5% (50 viviendas) tiran los residuales líquidos a la calle a través de zanjas o la riegan en los patios y sólo el 28.5% (20 viviendas) tienen alcantarillado o sumidero.

En el barrio Hilario Sánchez el 67.1% (47) de las viviendas está conectado al alcantarillado público o tienen sumidero y el 32.9% (23 viviendas) riegan o tienen

zanjas para desechar los líquidos. (Anexo No. 1, Tabla No. 3, Gráfico No. 4).

Con relación a la disposición de excretas, en el barrio Las Torres el 87.1% (61) tienen letrinas en sus hogares, 10% (7) tienen inodoro y 2.9% (2) practican fecalismo al aire libre. En el barrio Hilario Sánchez 58.6% (41) tienen letrina en sus viviendas y un 41.4% (29) poseen inodoro, no encontrando práctica de fecalismo al aire libre. (Anexo No. 1, Gráfico No. 5).

DISPOSICION DE EXCRETAS HUMANAS POR BARRIO.

BARRIOS	DISPOSICION DE EXCRETAS HUMANAS.			
	A. LIBRE	LETRINA	INODORO	TOTAL
L. TORRES	2 2.9%	61 87.1%	7 10.0%	70
HILARIO S.	0 0.0%	41 58.6%	29 41.4%	70
TOTAL	2 1.4%	102 72.9%	36 25.7%	140

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

La mayor parte de la basura que se produce en los hogares del barrio Las Torres 78.6% (55) es recolectada a través del tren de aseo, quemada o enterrada, el 21.4% (15) la tira a la calle o a los predios baldíos.

En el barrio Hilario Sánchez un 98.6% (69) de los hogares recolectan la basura en el tren de aseo, la queman o entierran y sólo el 1.4% (1) la tira a los predios. (Anexo No.1, Gráfico No.6).

En ambos barrios el tren de aseo recolecta la basura tres veces por semana, en el barrio Hilario Sánchez recorre la mayoría de las calles y en el barrio Las Torres sólo atraviesa las dos calles principales, debido a que el resto de calles son muy estrechas o presentan obstáculos por el alambrado eléctrico, ésto hace que la población del barrio Las Torres tenga que caminar algunas cuadras para los puntos de recolección de la basura.

DISPOSICION DE LA BASURA POR BARRIO.

DISPOSICION BASURA	BARRIOS				TOTAL	
	LAS TORRES		HILARIO S.			
TIRA CALLE	12	17.1%	0	0.0%	12	8.6%
PREDIO	3	4.3%	1	1.4%	4	2.9%
QUEMA	18	25.7%	9	12.9%	27	19.3%
TREN ASEO	33	47.1%	58	82.9%	91	65.0%
ENTIERRA	4	5.7%	2	2.9%	6	4.3%
TOTAL	70	100.0%	70	100.0%	140	100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

5.1.5 *Accesibilidad a los servicios de salud y principales problemas de salud de la población.*

Ambos barrios cuentan con un Puesto Médico al que acude un médico y brigadistas de salud que atienden a la población. En el barrio Las Torres las condiciones del puesto médico son deplorables ya que está ubicado en una casa en malas condiciones, que cuenta con un solo cuarto dividido con una sábana y en el cual casi no hay ventilación ni iluminación, además las madres con sus niños tienen que esperar ser atendidas afuera bajo el sol y de pie.

En el barrio Hilario Sánchez el Puesto Médico presenta condiciones diferentes, tiene una infraestructura adecuada con espacios amplios para la consulta y atención de los pacientes. En ambos barrios el puesto médico fue construido por la comunidad.

Los Puestos Médicos dependen técnica y administrativamente del Centro de Salud Francisco Buitrago, aunque hay ciertos gastos como papelería, material de limpieza, transporte para las vacunas, refrigerio y transporte del médico, pago de la persona encargada de los expedientes y la limpieza y algunos servicios sociales para los pacientes que recaen en la comunidad, la que aporta básicamente C\$2.00 por consulta, lo que en alguna medida restringe el acceso al servicio.

Según los actores sociales participantes en los grupos focales y entrevistas, los principales problemas de salud que presenta la población de ambos barrios son: Malaria, Dengue, Diarrea, Tos, Catarro, enfermedades de la piel, Parasitosis, enfermedades de transmisión sexual, desnutrición en niños, etc, "algunas ya endémicas en la zona".

Actores sociales del barrio Las Torres afirman que uno de sus principales problemas de salud es la cercanía al lago de Managua que está contaminado y es un gran criadero de zancudos que afecta a toda la población.

Al contrastar los resultados obtenidos en la encuesta, relacionado a los problemas de salud percibidos por las madres de familias, en el barrio Las Torres se encontró que un 57.1% (40) señaló la Malaria como el principal problema de salud, el 8.6% (6) las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), el 8.6% (6) servicios de salud inadecuados y el 5.7% (4) presencia de zancudos en la zona.

En el barrio Hilario Sánchez el 30% (21) de las madres de familias expresó que la Malaria era su principal problema de salud, el 17.1% (12) las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), el 17.1% (12) los zancudos y un 15.7% (11) las IRA. (Anexo No. 1, Tabla 4).

Según el criterio de los actores sociales, los barrios estudiados presentan malas condiciones de vida lo que los hace más vulnerables y con mayor riesgo de enfermar y morir. La deprimente situación socioeconómica de la población, ha creado el medio propicio para el desarrollo de enfermedades prevenibles y la proliferación de factores sociales que inciden en un deterioro del nivel de vida de la población.

5.2 CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE PROMOCION Y PREVENCION SOBRE LAS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTAN A LAS COMUNIDADES.

5.2.1. *Percepción sobre salud.*

Según los actores sociales entrevistados tanto en los barrios Las Torres e Hilario Sánchez, "la salud es el factor más importante en las personas", "sin salud no se puede vivir porque se afecta la vida económica de la gente".

Los brigadistas de salud del MCN¹⁶ del barrio Las Torres consideran que la salud tiene que ver con el medio ambiente que los rodea, "la casa limpia, las calles sin agua sucia, sin basura, te dan diferentes condiciones de salud".

Los brigadistas de salud de la JCOP¹⁷ opinan que "la salud es como un plato de comida, es esencial para la familia porque permite el desarrollo físico y mental".

Para el MCN y la JCOP del barrio Hilario Sánchez "la salud es un elemento primordial para la comunidad porque al perder ésta se afecta más su situación económica", "la salud está relacionada con muchos elementos, la higiene, la educación de la comunidad, el nivel cultural de las

¹⁶ Movimiento Comunal Nicaragüense.

¹⁷ Juntas Comunales de Obras y Progreso.

personas, las actividades para eliminar los factores de riesgos".

5.2.2 *Conocimientos sobre prevención en salud.*

La mayoría de los actores sociales de ambos barrios consideran que a pesar de que la población recibe mensajes para enfrentar los problemas de salud, ésta no tiene aún suficientes conocimientos que le permitan prevenir las enfermedades.

Estos grupos señalan que hay problemas en la población "que son como una muralla que no permite la asimilación de los conocimientos, el problema de bajo nivel cultural, la resignación frente a la situación de pobreza en que viven, la prioridad en resolver los problemas económicos y la pasividad de la población".

Otros actores consideran que la población de estos barrios por su origen campesino tiene costumbres y creencias muy arraigadas que impiden la asimilación de nuevos conocimientos para prevenir los problemas de salud, "por lo que es necesario insistir en la educación para lograr una cultura de higiene que se propague como una epidemia".

En la encuesta realizada a una muestra de madres de familia de ambos barrios se encontró que, en relación a los conocimientos que tienen las madres sobre los

mecanismos de transmisión de la diarrea, hay diferencias entre ambos barrios.

En el barrio Hilario Sánchez 45 madres expresaron que la falta de higiene en los hogares es la principal causa de la diarrea y 32 del barrio Las Torres dieron la misma causa; 32 madres del Hilario Sánchez plantearon que las moscas y cucarachas transmiten la diarrea y sólo 15 madres del barrio Las Torres; 20 madres del Hilario Sánchez dijeron que los alimentos contaminados son mecanismo de transmisión de la diarrea y sólo 6 del barrio Las Torres expresaron lo mismo.

FRECUENCIA DE LAS RESPUESTA DE LAS MADRES CON RELACION A LOS MECANISMOS DE TRANSMISION DE LA DIARREA POR BARRIO.

MECANISMOS DE TRANSMISION	L. TORRES	HILARIO S.
1. FALTA DE HIGIENE, DESASEO Y SUCIEDAD EN LOS HOGARES.	32	45
2. ALIMENTOS CONTAMINADOS.	6	20
3. MOSCAS Y CUCARACHAS.	15	32
4. TRASTES SUCIOS.	10	7
5. NO LAVARSE LAS MANOS.	6	12
6. ACUMULACION DE BASURA.	8	4
7. MICROBIOS Y PARASITOS.	3	7
8. ALIMENTOS DESTAPADOS.	5	6
9. DEFECAR AL AIRE LIBRE.	1	3
10. PRESENCIA DE CHARCAS.	1	1
11. NO SABE.	7	6

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

Al preguntar a las madres de familia sobre el conocimiento que tienen sobre los síntomas de gravedad de la diarrea, se encontró que en el Hilario Sánchez 42 madres señalaron las diarreas frecuentes como el síntoma de mayor gravedad y en Las Torres 30 madres; en el barrio Hilario Sánchez 39 madres identificaron la deshidratación y sólo 13 madres del barrio Las Torres. Es importante señalar que 13 madres (7 de Las Torres y 6 del Hilario Sánchez) expresaron no conocer los síntomas de gravedad de la diarrea.

**FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS MADRES EN RELACION
A SINTOMAS DE GRAVEDAD DE LA DIARREA POR BARRIO.**

SINTOMAS DE GRAVEDAD DIARREA	LAS TORRES	HILARIO S.
1. DIARREAS FRECUENTES	30	42
2. DESHIDRAT./OJOS HUNDIDOS	13	39
3. VOMITOS	12	17
4. DECAIMIENTO /FALTA APETITO	4	10
5. FIEBRE	8	7
6. COLICOS	2	1
7. PERDIDA DE PESO	1	2
8. NO SABE	6	7

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

En cuanto al conocimiento de las madres sobre los síntomas de gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas en el barrio Hilario Sánchez 39 madres señalaron el cansancio como señal de gravedad frente a 23 madres de Las Torres; 26 madres del Hilario Sánchez identificaron el ahogo y sólo 16 de Las Torres; 15 madres de cada barrio señalaron la fiebre como señal de gravedad.

**FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS MADRES EN RELACION
A SINTOMAS DE GRAVEDAD DE LAS IRA POR BARRIO.**

SINTOMAS DE GRAVEDAD IRA	LAS TORRES	HILARIO S.
1. CANSANCIO	23	39
2. AHOGO	16	26
3. TOS	15	15
4. FIEBRE	15	15
5. ASMA	1	8
6. RUIDO EN EL PECHO	2	4
7. MALESTAR EN EL CUERPO	1	7
8. TRANCAZON	3	2
9. NO SABE	11	6

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

En el barrio Las Torres el 75.7% (53) de las madres de familia encuestadas no saben la edad en que deben vacunar a sus hijos contra el sarampión y el 24.3% (17) conocen la edad de vacunación, en las madres del grupo menor de 20 años se encuentra un mayor porcentaje de conocimiento que en los otros grupos de edad.

En el barrio Hilario Sánchez se encontró que el 52.9% (37) de las madres no saben la edad en que deben vacunar a sus hijos contra el sarampión y 47.1% (33) tienen el conocimiento, encontrando que en los grupos menor de 20 años y de 20-35 años, mayor conocimiento que los otros dos grupos de edad. (Ver Anexo No. 1, Gráfico No. 7).

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA EDAD DE VACUNACION
DEL SARAMPION, POR BARRIO.**

BARRIOS	EDAD DE VACUNACION DEL SARAMPION.		
	SABE	NO SABE	TOTAL
LAS TORRES	17 24.3%	53 75.7%	70
HILARIO S.	33 47.1%	37 52.9%	70
TOTAL	50 35.7%	90 64.3%	140

Fuente: Encuesta Realizada a Madres de Familia de los Barrios las Torres E Hilario Sánchez. Octubre 1995.

Haciendo una Relación del Nivel de Escolaridad con el Conocimiento sobre la Edad de Vacunación contra el Sarampión en Ambos Barrios Se Encontró Diferencias entre el Conocimiento de las Madres de Menor Y Mayor Nivel Académico, Ya Que de el Total de las Madres de Menor Nivel (88) el 68% (60) No Saben la Edad de Vacunación contra el Sarampión Y en el Grupo de Mayor Nivel (52) Se Encontró Que el 57.7% (30) No Tienen el Conocimiento. (Anexo No. 1, Tabla No. 5, Gráfico No. 7).

Los resultados de la encuesta expresan obviamente que existe diferencias entre los conocimientos sobre prevención en salud que manejan las madres en los diferentes barrios.

5.2.3 *Prácticas sobre prevención en salud.*

Los actores sociales de los barrios en estudio plantean de manera general, que la población no pone en práctica los pocos conocimientos que tienen, "la ignorancia y el nivel cultural tan bajo que tiene la población no le permite asimilar conscientemente el conocimiento y traducirlo a la práctica"; "usted va a ver las casas llenas de charcos, dejan caer el agua sucia de lavar y no la riegan, dejan que corra, acumulan la basura"; "a pesar de que cuentan con agua los niños siempre están sucios, las madres no atienden a tiempo las enfermedades de los niños, no los llevan a la unidad de rehidratación oral (URO), no los vacunan".

Los actores sociales coinciden en su planteamiento en relación a las prácticas para prevenir la salud, afirmando que los malos hábitos en cuanto a la higiene familiar y comunal se han vuelto una costumbre en los barrios y que ésto se debe en gran medida a una falta de educación sanitaria sistemática, porque el problema de los hábitos no se resuelve con campañas coyunturales.

Aunque los actores sociales de los barrios no hacen diferencias entre las prácticas de la población de ambos barrios, en la encuesta realizada a las madres de familia se encontró diferencias importantes en las medidas que practican las familias de cada uno de los barrios, para prevenir la diarrea.

En el barrio Hilario Sánchez 52 madres contra 37 de las torres expresaron que el aseo y la limpieza en sus viviendas es la principal medida para evitar la diarrea; 21 madres del Hilario Sánchez y 13 de Las Torres plantearon como medida tapar los alimentos, el agua y los trastes; 29 madres del Hilario Sánchez y 13 de Las Torres señalaron como medida el lavado de las manos.

**FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS MADRES EN RELACION
A LAS MEDIDAS PRACTICADAS PARA EVITAR LA DIARREA, POR BARRIO.**

MEDIDAS PARA EVITAR LA DIARREA	LAS TORRES	HILARIO S.
1. ASEO EN VIVIENDAS	37	52
2. TAPAR ALIMENTOS/AGUA	13	21
3. LAVAR LAS MANOS	11	29
4. HERVIR O CLORAR AGUA	11	12
5. HIG./ COCCION ALIMENTOS	10	12
6. MANTENER TRASTES LIMPIOS	9	13
7. NO ACUMULAR BASURA	6	6
8. ASEO PERSONAL	3	6
9. NO SABE	4	2

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

Es importante señalar que al momento de realizar las encuestas en ambos barrios se pudo observar una falta de coherencia en las madres en cuanto a las medidas que ellas dicen aplicar para evitar la diarrea y la situación que presentan sus hogares, en los que se pudo ver falta de higiene personal, ambiental, presencia de moscas y descuido con utensilios de cocina tanto de los niños como del resto de la familia.

Con relación a qué hacen las madres cuando su hijo o alguien de la familia tiene diarrea, se encontró que en el barrio Hilario Sánchez 40 madres dijeron que acudían al Centro de Salud u Hospital y solamente 28 del barrio Las Torres plantearon lo mismo; 22 madres del Hilario Sánchez expresaron que suministran suero oral frente a 12 del barrio Las Torres.

Como una práctica negativa se encontró que 29 madres de Las Torres dijo automedicar a su familia y sólo 11 madres del Hilario Sánchez dijeron realizar la misma práctica.

**FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS MADRES EN RELACION
A QUE HACEN CUANDO SU HIJO TIENE DIARREA, POR BARRIO.**

PRACTICAS SOBRE LA DIARREA	LAS TORRES	HILARIO S.
1. ACUDIR AL C/S, HOSPITAL	28	40
2. AUTOMEDICACION	29	11
3. SUERO ORAL	12	22
4. COCIMIENTOS, LIQUIDOS	17	18
5. S/ORAL Y AUTOMEDICACION	18	11
6. S/ORAL Y CENTRO DE SALUD	7 2	10 0
7. NADA		

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

Una situación similar se encontró en cuanto a lo que expresaron las madres frente a lo que hacen cuando alguien de su familia presenta infecciones respiratorias agudas (IRA). Se encontró que 44 madres del barrio Hilario Sánchez frente a los primeros síntomas de IRA acuden al Centro de Salud, Hospital o médico privado, en las torres 26 madres plantearon actuar de la misma forma.

En cuanto a la práctica negativa de la automedicación se encontró que en el barrio Las Torres 19 madres expresaron aplicarla y sólo 10 madres del barrio Hilario Sánchez.

**FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS MADRES EN RELACION
A QUE HACEN CUANDO SU HIJO PRESENTA IRA, POR BARRIO.**

PRACTICAS SOBRE LAS IRA	LAS TORRES	HILARIO S.
1. ACUDIR AL C/S, HOSPITAL	26 19	44 10
2. AUTOMEDICACION	12	11
3. REMEDIOS CASEROS	8	4
4. FROTAR	3	1
5. NADA		

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

Los resultados de la encuesta expresan que con relación a las prácticas de prevención en salud hay diferencias relevantes entre los dos barrios estudiados.

5.3 MECANISMOS DE SOLIDARIDAD SOCIAL IMPLEMENTADOS POR LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD.

5.3.1 *Formas de solidaridad social.*

Como formas de solidaridad social, la JCOP y los brigadistas de salud del barrio Las Torres plantean, que su organización ha establecido la ayuda a la comunidad frente a problemas de salud o muerte que afectan a los más necesitados.

Las organizaciones comunitarias del barrio Hilario Sánchez, MCN y JCOP plantean que han establecidos formas de solidaridad de manera conjunta, "discuten al seno de las organizaciones las formas de resolver los problemas buscando ayuda en las instancias superiores".

Las comunidades eclesiales de base del Hilario Sánchez expresaron que han organizado formas de ayuda para atender en salud a mujeres que no tienen recursos.

Los actores sociales externos (director del Centros de Salud, médico del Puesto, director de escuela y Organismos no Gubernamental) plantean que la solidaridad en los barrios está en dependencia de la voluntad de cada grupo de manera independiente y de las personas que están cerca del problema de salud, ya sea por parentesco o amistad, "pero frente a problemas de orden social más disgregado, no tan puntual, no hay sensibilidad, no se

expresa la solidaridad en ese sentido", "falta un concepto de solidaridad bien definido, organizarse para mostrar solidaridad es muy poco, aquí te están matando y nadie se mete".

Todos los actores sociales coinciden que la solidaridad, tanto individual como colectiva y organizada fundamentalmente se da frente a las tragedias, "ya que la situación social y económica de la población es tan difícil que no se puede responder a tanta necesidad y reaccionan frente a lo más dramático que es la muerte".

5.3.2 *Naturaleza de la solidaridad social.*

Los diferentes actores sociales de ambos barrios, reconocen como mecanismos de solidaridad social, las acciones que se hacen con personas fallecidas para quienes se consigue el ataúd, gestionando a través de las organizaciones comunitarias.

Otro tipo de acción que realizan las organizaciones comunitarias son las recolectas de dinero para las velas y la colaboración en los hogares para los preparativos de la misma.

Los actores sociales del barrio Hilario Sánchez plantean que como organizaciones comunitarias, en conjunto, han realizado gestiones para conseguir medicamentos para la población y para el puesto de salud, a través de

donaciones, también realizan gestiones de coordinación con los hospitales para atender a personas que lo requieran.

En el barrio Las Torres los brigadistas de salud y miembros de la jcop plantean que ellos realizan visitas a las casas de las personas con mayores problemas "para poder ayudar moralmente" o aportan de su dinero para resolver problemas a un necesitado, han tenido la experiencia de ayuda solidaria con dos ancianos que fallecieron a quienes atendían en su aseo personal, alimentación y atención médica.

Las comunidades eclesiales de base del barrio Hilario Sánchez plantean que su organización facilita consultas de ginecología a mujeres que tienen problemas y hasta van a sus casas a buscarlas para asegurarse que sean atendidas. También expresan que desarrollan talleres de costura para atender a niñas en riesgo con el objetivo de darles una oportunidad de aprender.

5.3.3 *Factores facilitadores de la solidaridad social.*

Según la apreciación de los diferentes actores sociales de los barrios, los sentimientos religiosos de la población facilitan la solidaridad hacia las personas afectadas por algún problema de salud.

5.3.4 *Factores restrictivos de la solidaridad social.*

Los actores sociales señalan como factor restrictivo más importante la situación económica en que vive la población, que limita en gran medida poder ayudar al necesitado, plantean que la alta peligrosidad social es un factor que "hay que tomar en cuenta para realizar una acción de tipo solidario, ya que prolifera el engaño y el bandolerismo".

Además señalan que el interés por el que se ayuda a alguna persona en los barrios no siempre es el adecuado, plantean que se dan situaciones conflictivas "la gente se aprovecha de las situaciones para sacar ventajas y beneficios".

Los conflictos entre las organizaciones comunitarias fueron señalados por los actores sociales del barrio Las Torres, planteando que "cuando una organización realiza una acción se ha boicoteado el trabajo que realiza y no apoyan la gestión que se puede estar realizando por el bien de la población".

5.3.5 *Valores sociales.*

A nivel general los actores sociales tanto internos como externos a los barrios, expresan que la fuerte influencia que ejercen los diferentes grupos religiosos (católicos o evangélicos) con presencia en ambos barrios, incide en

la actitud de solidaridad individual que asumen los pobladores, fundamentalmente frente a la muerte.

Sin embargo el director de la escuela de Las Torres plantea que la deformación de los valores que hay en la población, producto de los problemas culturales, sociales y económicos, influyen en la autoestima de las personas, lo que no les permite cuidar su salud y velar por los problemas de la comunidad. "La baja autoestima les hace caer en la indiferencia frente a su cuerpo, a su personalidad, al respeto, etc".

5.4 FORMAS ORGANIZATIVAS QUE EXISTEN EN LOS BARRIOS PARA ENFRENTAR SUS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD.

5.4.1 *Desarrollo organizacional.*

Según los actores sociales del barrio hilario sánchez, en este barrio existen organismos comunitarios que trabajan en salud como: el MCN, JCOP, brigadistas de salud y la comunidad eclesial de base, teniendo la particularidad de que trabajan en conjunto para resolver los problemas de la comunidad.

Los actores sociales plantean que las dos organizaciones comunitarias, MCN y JCOP cuentan con un movimiento de brigadistas de salud, que en coordinación con el MINSA¹⁸, otros organismos y ONGS¹⁹, desarrollan actividades de educación en salud, capacitaciones, jornadas de limpieza, vacunación, censo vacunal, captación de madres y mujeres embarazadas, seguimiento de casos en la comunidad, apoyo al Puesto Médico del barrio en el trabajo administrativo y de terreno.

La comunidad eclesial de base se integra al trabajo de salud participando sus miembros como brigadistas de salud y cuentan con un centro que presta atención ginecológica y de medicina natural.

¹⁸ Ministerio de Salud.

¹⁹ Organismos no Gubernamentales.

Expresan los actores sociales que al inicio de los años noventa, debido a la polarización política habían diferencias significativas entre los organismos comunitarios, cada uno trabajaba por su lado, lo que según ellos duplicaba los esfuerzos y no permitía un mejor aprovechamiento de sus acciones para la comunidad; "empezamos a platicar y llegamos a la conclusión que como organización perseguíamos el mismo objetivo de ayudar a la comunidad, pusimos en primer orden las necesidades de la población y posteriormente las diferencias políticas".

Plantean que para llegar a la situación actual tuvieron muchos obstáculos "ya que algunos se dedicaban a boicotear el trabajo de los otros, sin embargo se fue haciendo un trabajo con cada uno de los líderes comunitarios, persuadiendo que la política no podía interferir en los intereses comunales, ese fue el método que se utilizó y entonces el hombre que tenía malas ideas él solito se apartó".

Los diferentes actores sociales consideran que la salud fue el elemento fundamental de unión de las organizaciones comunitarias, "porque la salud es salud, y cuando da una enfermedad no anda buscando si es del movimiento o de la junta" y "ahora, si el movimiento pone una chimbomba la JCOP pone otra, andamos de la mano en todas las acciones de salud".

En todo el desarrollo de esta situación, los actores sociales opinan que tuvo mucho que ver el respeto que tienen ante la población los líderes de ambos movimientos, porque eso permitió que la población que aglutinaba cada movimiento pudiera entender la nueva dinámica y aceptar a unos y a otros.

Los brigadistas de salud del barrio Hilario Sánchez plantean que "el consenso entre las dos organizaciones comunitarias ha permitido que nosotros podamos trabajar unidos en todas las actividades de salud".

Expresan los actores sociales del barrio que en conjunto los dos movimientos y la comunidad eclesial de base con sus brigadistas de salud, han podido llevar a cabo algunos proyectos elaborados y gestionados desde la comunidad, aprovechando las influencias que cada grupo tiene en los diferentes sectores políticos y del estado. se han realizado proyectos "para meter el alcantarillado, la legalización de las viviendas, el agua potable hasta las viviendas, construcción y mejoramiento del puesto de salud, cancha deportiva, enmallado y mejoramiento de la escuela del barrio, patroleo de las calles, proyecto de alfabetización y otros proyectos para los que no se han podido conseguir financiamiento como el comedor infantil y el centro de desarrollo infantil".

Según expresan los actores sociales del barrio "en estos momentos nos encontramos en una etapa de consolidación organizativa, en una fase superior, en la que tratamos que todos los organismos que trabajan por la salud en el barrio se organicen en una coordinadora para conocer sus proyectos y "organizar un solo plan para la comunidad, elaborado desde la misma, de acuerdo a las necesidades que nosotros conocemos y sentimos y definir lo que cada uno va a aportar".

En el barrio Las Torres, los actores sociales consultados expresan que en este barrio hay presencia del MCN, la JCOP y los brigadistas de salud de cada una de las organizaciones comunitarias.

En este barrio según expresan los actores sociales hay problemas entre las organizaciones "porque falta consenso para que se coordinen entre ellas".

La JCOP y los brigadistas de salud de esta organización expresan que el MCN les ha boicoteado algunos proyectos como el comedor infantil "nosotros lo consideramos imperdonable porque vinieron a atrasar el desarrollo de la comunidad".

Tanto el MCN como la JCOP del barrio Las Torres plantean que su organización es la única que realiza actividades en salud y "somos los que tenemos la simpatía de la población".

Ambas organizaciones expresan haber hecho intentos por coordinarse pero siempre está de por medio los problemas políticos y la desconfianza por abusos y errores cometidos con donaciones que han recibido de algunos organismos.

La JCOP y el MCN, cada uno por su lado plantean que realizan con sus brigadistas de salud actividades en beneficio de la salud de la población, tales como jornadas de limpieza, vacunación, medicación antimalárica y en alguna medida apoyo al Puesto Médico del barrio.

Los actores sociales externos al ser consultados sobre el desarrollo de las organizaciones comunitarias, expresan diferencias entre los dos barrios. Consideran que el consenso logrado entre las organizaciones comunitarias del barrio Hilario Sánchez ha permitido que se pueda realizar un trabajo más eficiente en relación a la salud de la población, "porque les permite tener una mejor convocatoria y respeto de la población hacia ellos".

En cuanto al barrio Las Torres los actores sociales externos consideran que la politización de los organismos comunitarios no permite que exista una coordinación entre ambos y "aunque se realizan actividades las contradicciones entre ellos impide la capitalización y el impacto hacia la población".

Del total de encuestas realizadas a madres de familia en ambos barrios, se encontró en el barrio Las Torres que un 61.4% (43) de las madres no conocen a ninguna organización comunitaria que trabaje en salud; un 20% (14) reconocen a los brigadistas de salud, un 5.7% (4) a la jcop y brigadistas de salud y un 2.9% (2) reconocen a jcop, 2.9% (2) reconocen al MCN, 2.9% (2) a MCN y JCOP, 1.4% (1) Casas Base, 1.4% (1) iglesias y 1.4% (1) MCN, JCOP y vecinos.

En el barrio Hilario Sánchez se encontró que el 42.9% (30) no conocen a las organizaciones comunitarias que trabajan en salud; el 34.3% (24) reconocen a los brigadistas de salud; 15.7% (11) MCN, JCOP y brigadistas de salud; el 2.9% (2) reconocen a la JCOP, 1.4% (1) MCN y JCOP, 1.4% (1) JCOP y brigadistas de salud, y 1.4% (1) iglesia y brigadistas de salud. (Anexo no. 1, Tabla No. 6).

Del total de 27 madres de familia del barrio Las Torres que dijeron conocer alguna organización comunitaria, el 55.6% (15) expresaron que los brigadistas de salud son los que trabajan más por la salud de la población; un 14.8% (4) reconocen a la JCOP como la organización que más trabaja por la salud y un 11.1% (3) expresó que todas trabajaban por igual, 3.7% (1) planteó que el que más trabaja en salud es el MCN.

De 40 madres de familia en el barrio Hilario Sánchez que expresaron conocer alguna organización comunitaria que trabaje en salud el 55% (22) refieren que los brigadistas de salud son los que más trabajan en salud, 35% (14) MCN, JCOP y brigadistas de salud. el 7.5% (3) la JCOP, y el 2.5 (1) el MCN. (Anexo no. 1, Tabla No. 7, Gráfico 8).

Para el total de 27 madres que dijeron conocer alguna organización comunitaria en el barrio Las Torres, las actividades de salud que realizan estas organizaciones comunitarias son en un 51.9% (14) limpieza en el barrio, el 18.5 % (5) educación en salud, el 7.4% (2) censo, y el 3.7 % (1) respectivamente señalaron actividades tales como entrega de pastillas, distribución de suero oral, visita a enfermos, vacunación y recolectas de dinero y un 3.7% (1) que no sabe que actividades realizan.

En el barrio Hilario Sánchez en las 40 madres que dijeron conocer alguna organización comunitaria que trabaje en salud, se encontró que el 22.5% (9) señalan como principal actividad de las organizaciones la limpieza en el barrio, el 35% (14) la vacunación, el 25% (10) educación en salud, 5% (2) el calendario materno-infantil, el 5% (2) entrega de pastillas y el 2.5 % (1) respectivamente señalaron actividades tales como censo y reuniones y 2.5% (1) que no sabe que actividades realizan. (Anexo No. 1, Tabla No. 8).

Los resultados obtenidos en la encuesta reflejan el desarrollo organizacional alcanzado en el barrio Hilario Sánchez, expresado en el reconocimiento de las madres hacia el trabajo en salud realizado por el MCN, JCOP y brigadistas de salud.

Asi mismo los resultados de la encuesta en el barrio Las Torres, reflejan el poco conocimiento que las madres tienen sobre las organizaciones existentes y las actividades que realizan.

5.4.2 *Participación de la población en las actividades de salud.*

Los actores sociales de los barrios Hilario Sánchez y Las Torres coinciden en que la población de ambos barrios tiene una actitud pasiva frente a las actividades que se realizan en el enfrentamiento a los problemas de salud.

Los brigadistas de salud del barrio Hilario Sánchez plantean que la población frente a la salud tiene una actitud de descuido, de indiferencia, por lo que es difícil movilizarla a realizar actividades en defensa de su salud, "cuando son actividades puntuales como jornadas de limpieza participan más masivamente, pero cuando se refiere a actividades sistemáticas como la vacunación de los niños, limpieza en los hogares, club de madres, o todo lo que sea prevenir las enfermedades, cuesta".

En el barrio Las Torres los actores sociales consideran que la población es apática, "no les gusta ni siquiera escuchar los mensajes de salud que se les lleva hasta sus casas, mucho menos mover sus pies para limpiar una charca o vacunar a sus hijos".

Los actores sociales externos al referirse a la participación de la población coinciden que de manera general en ambos barrios "es difícil la movilización de la población en actividades de salud que son para su propio beneficio, porque éstos no los ven de manera inmediata, prefieren que les ofrezcan un plato de comida o ropa".

En la encuesta realizada a las madres de familias, se encontró que de las 70 madres encuestadas en el barrio las torres el 75.7% (53) refieren que nunca participan en actividades de salud coordinadas por las organizaciones comunitarias, un 17.1% (12) dice participar ocasionalmente, un 5.7% (4) con frecuencia y un 1.4 (1) participa permanentemente.

En el barrio Hilario Sánchez se encontró que el 42.9 % (30) expresó que nunca participa, el 28.6% (20) participa ocasionalmente, el 17.1 % (12) lo hace con frecuencia y el 11.4% (8) participa permanentemente. (Anexo No. 1. Gráfico No. 9).

**NIVEL DE PARTICIPACION DE LAS MADRES EN ACTIVIDADES DE
SALUD, POR BARRIO.**

NIVELES DE PARTICIPACION	BARRIOS		TOTAL
	LAS TORRES	HILARIO S.	
NUNCA	53 75.7%	30 42.9%	83 59.3%
OCASIONAL	12 17.1%	20 28.2%	32 22.9%
FRECUENTE	4 5.7%	12 17.1%	16 11.4%
PERMANENTE	1 1.4%	8 11.4%	9 6.4%
TOTAL	70 100.0%	70 100.0%	140 100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

De 57 madres que tienen algún nivel de participación en los dos barrios, 17 madres del barrio Las Torres dicen participar fundamentalmente en jornadas de limpieza. Las 40 madres que tienen algún nivel de participación en el barrio Hilario Sánchez participan fundamentalmente en jornadas de limpieza y educación en salud. (Anexo No. 1, Tabla No. 9, Gráfico No. 10).

5.4.3 *Limitantes para la participación de la población en las actividades de salud.*

Para los actores sociales del barrio Hilario Sánchez hay dos elementos fundamentales que inciden en la pasividad de la población frente a las actividades que se organizan, que son la crítica situación económica y el bajo nivel cultural.

Por otro lado plantean que "la población está mal acostumbrada a que los dirigentes tienen que hacer las cosas por ellos, están acostumbrados a que les den las cosas en la mano y hacen aquello que les cuesta menos trabajo".

La comunidad eclesial de base del barrio Hilario Sánchez expresa que "la población tiene muchas costumbres arraigadas que no les permite ver la importancia de algunas actividades para cuidar su salud".

Los brigadistas de salud del barrio Hilario Sánchez plantean que una limitante para la participación de la población "es la desconfianza por el incumplimiento del estado, por ejemplo, a veces hemos hecho buen trabajo de movilización para la vacunación y el MINSA no llega con los biológicos, otras veces se han organizado jornadas de limpieza y la alcaldía no lleva los camiones, entonces somos nosotros los que quedamos mal".

Los actores sociales del barrio Las Torres consideran que la población prioriza sus problemas económicos, es decir "buscar el plato de comida del día antes de pensar en limpiar las charcas o vacunar a los niños".

Los actores sociales externos manifiestan que los problemas políticos entre las organizaciones comunitarias inciden en la poca participación de la población "porque al capitalizar una actividad hacia los intereses de un determinado partido la gente se ve utilizada y pierde interés y credibilidad hacia las organizaciones".

El director de la escuela del barrio Las Torres afirma que la poca participación de la población tiene que ver con los valores que ésta tiene, "si la población tiene una autoestima muy baja, pierden interés en su persona y por lo tanto en todo aquello que signifique esfuerzo por cuidar su vida".

5.5 PAPEL DE LOS ACTORES SOCIALES LOCALES EXTERNOS EN SU RELACION CON LAS COMUNIDADES.

5.5.1 *Rol de los actores sociales locales externos.*

En el barrio Hilario Sánchez se encuentran como actores sociales locales externos relacionados a la salud, el médico del Puesto de Salud que representa al MINSA; cartilla para la vida, proyecto del MINSA de educación en salud; Project Concern International (PCI), proyecto de AID\USA²⁰ sobre Supervivencia Infantil; INPRHU²¹; IXCHEN²²; Alcaldía Distrito IV; organización religiosa de las madres franciscanas que trabajan con niñas en alto riesgo y Dos Generaciones, Organismo no Gubernamental que trabaja con niños de la calle.

El Puesto Médico del barrio se dedica fundamentalmente a la atención directa de la población a través de sus diferentes programas; cartilla para la vida, PCI, IXCHEN, Dos Generaciones e INPRHU realizan capacitaciones a brigadistas de salud, PCI trabaja directamente en educación a grupos de madres y mujeres embarazadas e IXCHEN además atiende directamente a mujeres en consultas ginecológicas y planificación familiar y Dos Generaciones

²⁰ Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos.

²¹ Instituto de Promoción Humana.

²² Organismo no gubernamental para la atención de la mujer.

además trabaja directamente con los niños de la calle; la alcaldía del Distrito IV tiene como papel fundamental la ejecución de proyectos gestionados por la comunidad.

Los distintos organismos presentes en la comunidad, desarrollan sus actividades teniendo como pilar fundamental a los brigadistas de salud y las dos organizaciones comunitarias, MCN y JCOP.

En el barrio Las Torres se encuentran como actores sociales locales externos relacionados a la salud, el doctor del Puesto Médico que representa al MINSA; SAVE THE CHILDREN y COPROSA²³, organismos no gubernamentales financiados por AID/USA²⁴; CISAS²⁵ y alcaldía Distrito IV.

El Puesto Médico del barrio al igual que en el Hilario Sánchez, brinda atención directa a los paciente a través de sus programas; COPROSA y CISAS realizan capacitaciones a brigadistas de salud, además COPROSA ejecuta un proyecto de supervivencia infantil y CISAS desarrolla un programa de Niño a Niño; SAVE THE CHILDREN tiene un comedor infantil para niños desnutridos.

²³ Comisión de Promoción Social Arquidiocesano.

²⁴ Asociación Internacional para el Desarrollo.

²⁵ Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud.

Los organismos en este barrio también se apoyan de los brigadistas de salud, pero lo hacen de manera diferenciada, es decir, algunos trabajan con los brigadistas de salud de JCOP y otros con el MCN.

Los organismos en ambos barrios tienen un rol de facilitadores en las diferentes actividades que desarrollan y algunos de ellos como PCI, COPROSA e INPRHU dirigen algunos esfuerzos en el desarrollo de los líderes comunitarios y la consolidación de las organizaciones.

5.5.2 Nivel de coordinación y comunicación de los organismos.

En cuanto a los niveles de coordinación y comunicación con la comunidad, según los actores sociales externos, se ha establecido una relación directa con las organizaciones comunitarias, haciendo conocer sus proyectos y lo que esperan como aporte de las organizaciones de los barrios.

Algunos organismos como PCI, INPRHU y COPROSA plantean que sostienen reuniones periódicas con las organizaciones comunitarias para revisar el avance de los proyectos y los problemas que se presentan.

Otros organismos aunque tuvieron una comunicación al inicio del proyecto, posteriormente su relación ha sido directa con los brigadistas de salud a través de las

capacitaciones y trabajan en alguna medida aisladamente.

Los médicos de los Puestos Médicos sostienen una comunicación directa, principalmente, con los responsables de salud de las organizaciones, siendo más sistemático en el barrio Hilario Sánchez, ya que las contradicciones que se dan en el barrio Las Torres dificulta esta relación.

La Alcaldía plantea que su relación con la comunidad es a través de la JCOP como organización comunitaria y "de las personas que se acercan a plantear problemas, los que se resuelven en la medida de nuestras posibilidades".

En cuanto a la coordinación y comunicación de los organismos externos entre sí, en el barrio Hilario Sánchez se ha establecido una coordinación para evitar la duplicidad de acciones que recaen sobre los brigadistas de salud y "ponerse de acuerdo en las acciones que pueden realizar juntos, por ejemplo, si se va a dar una capacitación sobre inmunizaciones el otro organismo ya no toca ese tema, sino que apoya en la metodología".

En el barrio Las Torres aunque se han hecho intentos de coordinación entre los diferentes organismos, liderado por la doctora del puesto de salud, no ha sido efectivo debido a las contradicciones y problemas entre las organizaciones comunitarias.

El Centro de Salud Francisco Buitrago, que atiende los Puestos Médicos de los dos barrios, tiene conformado un comité distrital de salud en el que participan los responsables de salud de las organizaciones comunitarias, la alcaldía, empresas de la zona y los organismos no gubernamentales que trabajan en los barrios, en el que se discuten las acciones a realizarse en los barrios y se brinda alguna información alrededor de los problemas de salud de mayor prioridad o situaciones de emergencia y cada quien asume una responsabilidad.

5.5.3 *Percepción de los actores sociales locales externos sobre su papel en las comunidades.*

Los actores sociales externos coinciden que su principal preocupación en el trabajo que desarrollan por la salud de la población es "lograr despertar en la gente el interés por cuidar su salud" y "que la comunidad unida sea capaz de enfrentar sus problemas".

Los organismos que desarrollan procesos de capacitación con los brigadistas y líderes de la comunidad consideran que "el mejor aporte que pueden dejar a estos barrios es lograr la beligerancia en las organizaciones comunitarias de manera que sean capaces de organizar y dirigir a la población en la sostenibilidad de proyectos que mejoren sus condiciones de vida", "tratamos de no manipular, sino

concientizar, utilizando metodologías participativas para que los líderes se apropien de sus problemas y busquen alternativas de solución".

El MINSA (Centro de Salud Francisco Buitrago y médicos de los Puestos Médicos) opinan, que aunque no tienen capacidad para dar solución a todas las demandas de la población, lo poco que pueden hacer se ve afectado por la actitud pasiva de la población, la crisis socioeconómica que se vive y la falta de voluntad política de las otras instituciones del estado en resolver los problemas, "el día en que todas las instituciones caminemos en una misma línea, sin intereses políticos, podremos hacer algo para mejorar las condiciones sanitarias en que viven estos barrios".

5.5.4 Percepción de los actores sociales comunitarios sobre el papel de los actores sociales externos.

El MCN y la JCOP del barrio Hilario Sánchez opinan que los barrios estudiados son visitados por una gran cantidad de organismos, debido a las deplorables condiciones en que vive la población, sin embargo "todos están de cara a la capacitación, sin acompañar sus proyectos con algunas soluciones concretas a los problemas reales que vive la gente"... "los brigadistas trabajan de cara a la comunidad explicando como prevenir las enfermedades, pero la gente no tiene ni las mínimas condiciones para poner en práctica lo que les enseñan".

También expresan que los organismos que llegan al barrio elaboran sus proyectos desde fuera, sin tomar en cuenta las necesidades más sentidas de la población y la capacidad que tienen las organizaciones comunitarias del barrio para decidir lo que más conviene a la comunidad.

Otro problema que plantean el MCN y la JCOP en relación a los ONGs es que como todos trabajan con los brigadistas de salud se duplican esfuerzos y "a veces los brigadistas no saben a que llamado acudir", "sentimos que ya los brigadistas pertenecen más a las ONGs que a las propias organizaciones comunitarias".

Sin embargo los brigadistas de salud de este barrio consideran que las ONGs son los que más trabajan por la salud de la comunidad, "porque se preocupan para que nosotros aprendamos y enseñemos a la población a cuidar su salud".

En el barrio Las Torres, JCOP y brigadistas de salud opinan que los organismos no gubernamentales son los que dan más respuesta a los problemas de la comunidad "porque a través de ellos se consiguen medicinas, ataúdes, alimentos, ropa, que en alguna medida resuelven problemas".

En cuanto a las instituciones del estado (MINSA, Alcaldía, INAA, ENEL, MAS, FISE²⁶), los actores sociales de ambos barrios plantean que en general hay una falta de interés por resolver los problemas de la población y "quieren que todo lo haga la comunidad".

Los actores sociales de los dos barrios afirman que hay mucho descontento con el papel del MINSA como institución rectora de la salud, plantean que "el problema del MINSA es que no toma el barrio como su principal problema, prefieren mantener a los médicos en el Centro de Salud y no en el barrio y la pobre gente cuando se enferma tienen que ir hasta el Centro de Salud, pero cuando llegan les dicen que no se les puede atender porque en el Puesto del barrio tienen su médico y que va a hacer la gente, se viene a morir aquí y después pegan el grito al cielo".

Los brigadistas de salud de ambos barrios señalan que ellos realizan las actividades de educación en salud a la población, pero si esto no va acompañado de la resolución eficaz de los problemas que ésta presenta no se hace nada, "por ejemplo, nosotros les decimos a las madres que si su niño presenta cansancio, diarrea u otras

²⁶ INAA: Instituto Nicaraguense de Acueducto y Alcantarillado.

ENEL: Empresa Nicaraguense de Energía Eléctrica.

MAS: Ministerio de Acción Social.

FISE: Fondo de Inversiones Sociales de Emergencia.

enfermedades, acudan al Puesto Médico, ellas van y no encuentran al médico o no hay medicamentos, y entonces se cae el trabajo".

Otro problema que señalan los actores sociales es el maltrato de los médicos, tanto a pacientes como a los mismos brigadistas, manifiestan que no reconocen el trabajo de éstos "sólo exigen trabajo y no estimulan, no pretendemos que se nos pague el trabajo que hacemos, pero sí un reconocimiento moral".

Consideran los actores sociales que lo más negativo de la actitud del MINSA hacia las organizaciones comunitarias es el hecho de que en las reuniones no les permiten una participación más activa "siempre están en el plan de orientarnos y no nos integran en la toma de decisiones".

También plantean que la responsabilidad de la salud de la población es de todos, comunidad e instituciones, "pero hay que exigir al MINSA para que cumpla con la población porque nosotros solos no podemos resolver los problemas, nosotros no tenemos los recursos".

Los actores sociales del barrio Las Torres manifiestan que las instituciones a veces entran dentro de la polarización política, lo que se expresa en la preferencia por resolver necesidades planteadas por una u otra organización.

El MCN expresa que la alcaldía sólo escucha a los miembros de la JCOP y la JCOP plantea que el MINSA le da mayor participación al MCN, en el barrio Hilario Sánchez las organizaciones, reconociendo este problema, utilizan las influencias de cada organización para buscar solución a los proyectos discutidos por ambas organizaciones.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS.

En el análisis de los resultados del presente estudio, se trata de determinar la respuesta social frente a los problemas de salud, de dos poblaciones con condiciones de vida similares y diferentes niveles de organización, con el propósito de conocer en qué medida la organización comunitaria incide en una respuesta social positiva frente a los problemas de salud, tomando en cuenta que la respuesta social es la disposición positiva de una comunidad en la solución de los problemas que la afectan.

La población de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez presentan condiciones socioeconómicas similares, la población de ambos barrios se ve afectada por el desempleo, pobreza, bajos niveles culturales y problemas sociales como drogadicción, delincuencia, prostitución y violencia, sin embargo presentan importantes diferencias en cuanto a sus condiciones higiénico-sanitarias, ya que en el barrio Hilario Sánchez se han logrado mejorar factores tales como el acceso al agua potable, alcantarillado, letrificación y disposición de la basura, lo que disminuye el riesgo de enfermar y morir por enfermedades fácilmente prevenibles.

Entre mayor es el deterioro de las condiciones de vida de la población de la comunidad, mayor es la necesidad de una respuesta social que permita la solución a sus problemas; sin embargo se hacen necesarios algunos factores que incidan en que se de esa respuesta social.

En los barrios estudiados se observan diferencias en cuanto a la respuesta social de la población, ya que en el Hilario Sánchez se encuentra una respuesta social positiva, la que ha sido posible por el nivel de organización alcanzado por la comunidad, que a través de sus organizaciones comunitarias ha autogestionado y ejecutado proyectos que han logrado mejorar las condiciones de vida de la población y que son de suma importancia para evitar daños en la salud.

Sin embargo, en el barrio Las Torres, aunque existen organizaciones comunitarias, no ha habido la posibilidad de un consenso entre ellas, lo que limita el impacto de sus acciones para una respuesta social adecuada de la comunidad.

Es importante considerar, en el análisis de la respuesta social, la concepción que sobre el proceso salud-enfermedad tiene dicha comunidad, dado que un pensamiento sobre salud-enfermedad integral, permitirá a la comunidad mayor capacidad de respuesta a los problemas de salud de todos los grupos sociales.

En las dos comunidades estudiadas predomina de parte de los actores sociales un enfoque integral de salud, con un concepto amplio, en el que incluyen factores biológicos, ambientales, económicos, sociales y culturales, que les permite percibir los riesgos a que están expuestas las comunidades y poder determinar el rol social que cada uno debe jugar en la promoción y prevención de la salud. Así mismo perciben que la salud es una responsabilidad tanto a nivel individual, familiar, comunal y de las instituciones del Estado.

A pesar de que ambos barrios perciben el riesgo por igual, hay una actuación diferenciada, en Las Torres hay elementos importantes como la imposibilidad del consenso entre las organizaciones comunitarias, ocasionada por la polarización política, que no permite a los agentes comunitarios concretizar esa percepción en acciones de promoción en salud que involucren a la comunidad; en cambio en el barrio Hilario Sánchez, el desarrollo organizativo ha permitido un accionar más consecuente con la percepción que sobre la salud tienen sus líderes.

La apropiación de conocimientos de parte de la comunidad sobre las enfermedades, su tratamiento y las medidas para evitarlas, permitirá la disposición de la población en la aplicación de las medidas necesarias para la prevención de las mismas.

En general, en el barrio Hilario Sánchez, las madres de familia manejan conocimientos básicos sobre la prevención en salud, sin embargo los actores sociales consideran que la población aún no tiene los suficientes conocimientos para enfrentar los problemas de salud, porque hay factores como el bajo nivel cultural, la resignación frente a los niveles de pobreza en que viven, costumbres y creencias arraigadas y su prioridad por resolver los problemas económicos, que limitan la asimilación de los conocimientos. La actitud de insatisfacción frente al nivel de conocimientos alcanzados por la población, manifestada por los actores sociales, expresa el nivel de conciencia alcanzado por éstos sobre la importancia que tiene la educación en salud para la apropiación y disposición de la población en la prevención en salud.

En el barrio Las Torres el nivel de conocimientos sobre prevención en salud de las madres de familia es más bajo que en el Hilario Sánchez, lo que pone a la población en una mayor situación de riesgo frente a su salud. Los actores sociales de este barrio también plantean que la población no tiene suficientes conocimientos, por lo que consideran que es imprescindible insistir en la educación para lograr una "cultura de higiene que se propague como una epidemia".

Se considera que en la medida que la población tiene mayor conocimiento o información sobre los fenómenos o problemas de salud, estará en mayor capacidad de realizar una práctica adecuada que le permita protegerse frente a los problemas, no obstante en las comunidades estudiadas aunque las madres reflejan manejar algunos conocimientos hay contradicciones con las prácticas no adecuadas que realizan.

Las madres de familias de ambos barrios manejan un discurso adecuado sobre las causas, efectos y formas de prevenir las enfermedades, sin embargo este discurso no está de acuerdo con los hábitos de salud que practican en sus hogares ni con las actitudes que asumen en el cuidado de su salud, lo que puede analizarse desde dos perspectivas diferentes.

Por un lado se observa que hay barreras en la población para aplicar sus conocimientos sobre salud a la práctica, destacándose su deteriorada situación económica, problemas culturales, la percepción religiosa de los fenómenos, bajos niveles de conciencia sobre la responsabilidad individual y colectiva en el cuidado de su

salud, el insuficiente nivel académico y una actitud de pasividad frente a sus problemas.

La situación de extrema pobreza y la necesidad de búsqueda de alternativas de sobrevivencia económica conducen a una actitud de "descuido" de su salud.

Otros factores que limitan una práctica adecuada, son los factores culturales y religiosos que llevan a la población a una percepción mágico religiosa de los fenómenos, por la cual la magnitud de los problemas de salud es minimizada y se niega la existencia del riesgo de contraer enfermedades, dejando esa posibilidad a los designios de Dios y no a la capacidad humana de prevenirla, por lo tanto predomina un espíritu de "resignación", "falta de autoestima" y no hay una actitud de transformación a los hábitos, que permitan dentro de sus limitadas condiciones evitarlas.

Otro aspecto importante a señalar es el bajo nivel académico de la población, que limita una correcta asimilación de la información recibida.

Desde otra perspectiva se analiza la falta de sistematicidad y periodicidad en la educación sanitaria y sobre todo la forma de hacer llegar los conocimientos e información a la población.

Por lo general las capacitaciones dirigidas a la población sobre la prevención en salud, son coyunturales, se imparten en los momentos de emergencia y no existe una planificación, implementación y valoración en conjunto con la comunidad para lograr un mayor impacto, se contemplan como una simple transmisión de conocimientos.

La forma de hacer llegar el conocimiento a la población, de alguna manera promueve comportamientos fuera de lo que la población tiene acceso, porque no se basa en una metodología participativa donde se tomen en cuenta los aspectos culturales, las condiciones de vida, las experiencias acumuladas por la población y no incluyen ejercicios prácticos y creativos que favorezcan cambios en su actitud y en su práctica.

Otro componente necesario para alcanzar un nivel de respuesta social corresponde a la implementación de mecanismos de solidaridad social en la población.

Los seres humanos en su convivencia social, cuando se encuentran frente a situaciones de peligro, ya sea por catástrofes naturales, guerras o epidemias, desarrollan mecanismos de solidaridad para enfrentar en colectivo estos problemas.

Las organizaciones comunitarias en las comunidades de los dos barrios han desarrollado en alguna medida la solidaridad social, principalmente frente a situaciones trágicas como la muerte.

En el barrio Hilario Sánchez el desarrollo organizacional alcanzado ha permitido que se desarrollen proyectos e iniciativas para resolver problemas de salud de la población y de alguna manera involucrar al resto de la población en esas acciones de solidaridad.

En el barrio Las Torres aunque las organizaciones también realizan acciones solidarias hacia la población, la falta de liderazgo en la comunidad no permite la conducción de ésta en la respuesta colectiva y por tanto la organización de mecanismos de solidaridad.

Sin embargo, la solidaridad no es un fenómeno generalizado en la población de ambos barrios, porque los efectos causados por las transformaciones económico-sociales en que se ha visto inmersa la sociedad nicaragüense, con la inserción del modelo socio-económico neoliberal, ha desarrollado en la población toda una cultura de individualización, contrario al modelo de solidaridad social desarrollado en la década de los ochenta, que movilizó masivamente a la población en actividades de promoción y prevención de la salud.

La organización de la comunidad en sus diferentes formas permite una respuesta social, de manera que la solución de los problemas sea una acción concertada de la comunidad en su conjunto y no el fruto de acciones o decisiones individuales.

El desarrollo organizacional de los barrios en estudio presentan diferencias que están dadas fundamentalmente por el grado de cohesión y consenso alcanzado por las organizaciones comunitarias en cada barrio.

En el barrio Las Torres las organizaciones comunitarias (Movimiento de brigadistas de salud, MCN y JCOP), aunque consideran la organización y la participación social como una necesidad para el fortalecimiento y desarrollo de las acciones de la comunidad, en el enfrentamiento de los problemas de salud, elementos como la polarización política y la incapacidad de llegar a un consenso entre los diferentes actores sociales, han impedido el fortalecimiento de una organización comunitaria que estimule la participación de todos sobre intereses comunes sin actitudes y prácticas excluyentes.

Las diferentes organizaciones de este barrio no coinciden en la identificación de las principales prioridades de la comunidad, sino que cada quien lo ve desde su punto de vista y enmarcado en la lucha por cuotas de poder que puede otorgar el liderar la comunidad.

En el barrio Hilario Sánchez se ha logrado un alto desarrollo organizacional que se expresa en la capacidad de autogestión y liderazgo de las organizaciones comunitarias (MCN, JCOP, brigadistas de salud, Comunidades Eclesiales de Base). El desarrollo alcanzado ha permitido que estas organizaciones sean capaces de analizar y discutir los problemas de salud de la comunidad y de alguna manera incidir en las instituciones y

organismos que trabajan para la salud en el barrio, logrando beligerancia frente a los problemas de salud.

La percepción sobre la salud que tienen los actores sociales permite una visión más amplia en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud de la población, lo que los ha llevado a gestionar proyectos que inciden en disminuir los riesgos en la salud de la misma.

Sin embargo, aunque el desarrollo organizacional alcanzado en el Hilario Sánchez ha permitido una mayor participación de la población en las actividades de salud, aún no se logra una participación consciente y activa, existiendo un alto porcentaje de pobladores que no se integran a estas actividades ni se demuestra un cambio favorable en los hábitos y actitudes de la población frente a la salud.

A partir del análisis anterior se plantea la pregunta de qué factores inciden en que a pesar de que el estudio demuestra que una mejor organización contribuye a un impacto favorable en las condiciones de salud de la población, persistan limitaciones en cuanto a la integralidad y autosostenibilidad de estas acciones.

Cuando se habla de transformar o modificar hábitos o actitudes en la población se habla de incidir en la cultura, y el cambio en la cultura no se logra mientras no se cambie a nivel del motor central de reproducción cultural que es la familia, por lo tanto se hace insuficiente el abordaje individual, quizás se requiere un abordaje en el que la unidad de análisis de dicha intervención sea la

familia, en qué medida el retomar la familia con su rol de reproductor cultural de la población es la única manera de garantizar la autosostenibilidad incluso con los efectos positivos que se logran a través del nivel de organización alcanzado, donde podría fortalecerse el término de mayor autosostenibilidad.

Al plantear a la familia como unidad de análisis para las intervenciones en salud, hay que partir de la realidad que prevalece en Nicaragua, donde la familia es un concepto amplio, que no se limita al núcleo tradicional: padre, madre e hijos; sino que existen otros miembros que participan en la reproducción de valores, costumbres y hábitos que inciden en el comportamiento y actitud hacia la salud.

Por lo tanto se hace necesario tomar en cuenta no sólo a la madre de familia, sino al resto de miembros que la componen: padres, adolescentes, niños, abuelos, tíos y parientes, que inciden en el comportamiento familiar y de la familia hacia la comunidad.

En las intervenciones en salud se deben emplear abordajes particulares para cada grupo (mujeres, hombres, niños, adolescentes), ampliando los espacios de intervención domiciliar y de Centro de Salud hacia las escuelas, iglesias y otros lugares donde se reúnen los grupos de acuerdo a sus intereses.

En el barrio Hilario Sánchez se observa que existe una expresión socialmente organizada pero a nivel de expresiones individuales, en donde la comunidad es una suma de individuos y no se percibe como un todo, posiblemente debido a la formación de los líderes por sus

antecedentes coyunturales y contestatarios hacia los problemas, en los que prevalece una cultura de tomar como suyo lo que debería hacer la comunidad en su conjunto, además no cuentan con métodos, mecanismos o herramientas que les permita hacer énfasis más hacia el interior de la comunidad que hacia fuera de ella y conducir a la población en la apropiación de sus problemas de salud y del rol que la familia debe tener en el cuidado de la misma.

Es importante en esta discusión tomar en cuenta además la ausencia de un concepto amplio de participación por parte de los líderes comunitarios, lo que está llevando a la población hacia una actitud de pasividad, de esperar y no se está logrando un concepto de empoderamiento, de responsabilidad familiar frente a los problemas, dejando la solución de éstos a los líderes, por lo cual el trabajo depende de las personas que los representan en este momento y que por coyunturas externas pueden desaparecer y por lo tanto los logros obtenidos no ser autosostenibles.

Mucho se habla a nivel de organismos, instituciones e incluso de las mismas organizaciones comunitarias, sobre la necesidad del empoderamiento de la comunidad, sin embargo los estilos de trabajo no permiten este empoderamiento, con el cual la población sería capaz de analizar sus problemas, buscar alternativas de solución, ejecutar acciones y por lo tanto ser dueños de su propio destino.

Otro elemento a considerar es el proceso de individualización en que se ha visto inmersa la sociedad nicaragüense, que conlleva a la población a la imposibilidad de sentirse apropiada del concepto de comunidad, con un sentido de pertenencia, frente a esto es

necesario modificar el enfoque de riesgo que trata de cambiar de manera coyuntural determinado daño a la salud y en donde se culpa al individuo por su actitud personal, a un enfoque de promoción de la salud no sólo dirigido a la prevención del daño y en donde se involucre a la familia en un concepto de barrio saludable, con un modelo de intervención comunitaria en función del desarrollo de la autogestión pero donde la unidad básica sea la familia y no el individuo.

El papel que juegan los actores externos a la comunidad en el abordaje de los problemas de salud, pueden ser factores facilitadores o restrictivos para alcanzar un mayor nivel de respuesta social. En el accionar conjunto de los diferentes actores sociales: comunidad, instituciones y otros organismos que trabajen alrededor de los problemas sociales, es necesario el reconocimiento de la importancia que cada actor tiene, la definición clara del papel que a cada uno corresponde desempeñar y las formas de comunicación y coordinación que deben existir entre ellos.

En las comunidades objeto de estudio aunque todos los actores, externo e internos, tienen clara la necesidad de una participación conjunta, existen problemas en la definición del papel que a cada uno le corresponde desempeñar y en las formas de comunicación y de coordinación que debe establecerse entre ellos.

En el escenario comunitario interactúan las diferentes concepciones e intereses en el abordaje de los problemas de salud de parte de

los diferentes actores, presentándose dificultades en el establecimiento de un consenso en donde priven los intereses de la comunidad.

En la década de los ochenta existía un vínculo entre gobierno (Ministerios) y la comunidad, aunque prevaleciera un estilo vertical, lo que promovía una respuesta refleja de la comunidad frente al accionar de las instituciones.

En la actualidad, a pesar de que el Ministerio de Salud tiene establecido en sus políticas de salud la participación social, como el factor fundamental en la solución de los problemas, no ha permitido los espacios de poder que la población necesita para apropiarse de sus problemas, lo que ha incidido en una actitud pasiva de la población frente a los mismos.

En esta situación incide la concepción que las instituciones manejan sobre la participación social, ya que en lugar de concebirla como una actividad necesaria para los efectos democratizadores de la sociedad, que permita a la comunidad autosostenibilidad e independencia y por tanto ejercicio del poder, prevalece, o bien una concepción de estrategia para lograr posibilidades de éxitos en los programas, o en algunas ocasiones, una manipulación en el nivel de lo social y lo político.

Los actores sociales internos de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez, tienen la percepción de que su participación es utilizada

por las instituciones, lo que reduce su acción a la ejecución de orientaciones coyunturales de las cuales no son partícipes activos y por lo tanto no se sienten realmente actores en la situación.

Los mecanismos de planificación de las instituciones locales no funcionan de cara a la comunidad, por lo tanto sus prioridades no se desprenden principalmente de la coordinación con la comunidad, aunque han establecido mecanismos de comunicación con las organizaciones comunitarias como los Consejos de Salud Distritales, éstos no están en función del fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base, que equivale al proceso de reappropriación por la población del conjunto de instrumentos que regulan la vida social y los servicios que prestan.

Otro elemento importante, como factor restrictivo para un accionar conjunto en la comunidad, es la polarización política que está presente tanto a lo interno de la comunidad, sobre todo en el barrio Las Torres, como en la relación de ésta con las instituciones.

El factor de polarización política como expresión sociológica concreta de la lucha por el liderazgo local, determina el tipo de respuesta social según la posición que cada actor asume en el escenario local de la comunidad, quedando en segundo término el esfuerzo principal orientado a fortalecer la capacidad de autogestión y liderazgo de la propia comunidad, mediante una concepción y adopción de un proyecto político propio en que se incorporen los intereses locales y los valores sociales de la propia comunidad.

Las ONGs son un grupo importante de actores sociales externos que tienen una fuerte incidencia en las comunidades estudiadas y de alguna manera trabajan, en relación al MINSA, con una concepción más amplia de la participación social en cuanto al interés de fortalecer el liderazgo de las organizaciones comunitarias, sin embargo los proyectos que desarrollan no parten de las necesidades planteadas por la comunidad, sino que son elaborados desde fuera, y en lugar de desempeñar el papel de facilitadores de los procesos sustituyen al liderazgo propio de la comunidad. Esto no permite el desarrollo de un proceso autogestionario y de empoderamiento de la propia comunidad.

En las intervenciones en salud, que realizan tanto las instituciones como los ONGs, se observa también la limitante de que las acciones están dirigidas a nivel de lo individual, sin tomar en cuenta el rol fundamental que debe jugar la familia en los cambios culturales necesarios para la modificación de las actitudes con respecto a la salud. Tradicionalmente los proyectos de intervención dirigen las acciones de salud hacia las madres, siendo ésta un receptor-transmisor insuficiente, si se toma en cuenta que hay otros agentes en la familia que también pueden incidir en la transformación cultural.

De los resultados obtenidos en el estudio, se deduce realmente que el desarrollo de las organizaciones comunitarias produce un impacto en la salud de la población, pero hay limitantes que impiden que ese impacto sea mayor y logre un cambio de actitudes que permita la autosostenibilidad, la autogestión y el empoderamiento.

Es importante destacar que la salud tiene que ver con un proceso político que permite una actitud política de consenso y esa es la actitud que asume el barrio Hilario Sánchez ante el ambiente externo de incertidumbre, se puede decir que la comunidad asume una posición política ante el entorno, que es buscar un consenso para autofortalecerse. No se trata de despolitizar la salud sino de asumir una actitud política de la salud de consenso.

Desde el punto de vista sociológico la respuesta social es una expresión que en particular adopta la comunidad en dependencia de la concepción misma de la salud que dicha comunidad va adquiriendo como parte de un proceso histórico y social.

Sin embargo la posibilidad de alcanzar una respuesta social más eficaz, depende en gran medida de una participación comunitaria autogestiva, de la capacidad de liderazgo y conducción de las organizaciones, de los valores sociales de la población y de una beligerancia de parte de las instituciones y organismos con respecto al proceso de apropiación de la población de su papel de actor relevante en la consecución de su salud, dirigiendo sus intervenciones hacia la familia.

Por lo tanto del estudio se infiere, que los problemas de la salud no se resuelven con un enfoque unilateral e insuficiente de disciplinas específicas, en el que no se incluyen el análisis sociológico de elementos relacionados con las condiciones de vida de la población, los factores culturales, conducta, creencias,

concepciones y valores sociales que son elementos que aportan a una concepción integral de intervención que permita que dicha intervención recozca y potencie el nivel de respuesta social existente en la propia población frente a sus problemas de salud.

VII. CONCLUSIONES.

1. Desempleo, pobreza, bajos niveles culturales y problemas sociales como drogadicción, delincuencia, prostitución y violencia son características relevantes de las comunidades objeto de estudio.
2. La deteriorada situación económica, problemas culturales, percepción religiosa de los fenómenos, bajos niveles de conciencia sobre la responsabilidad individual y colectiva en el cuidado de su salud, y el insuficiente nivel académico, contribuye a la falta de correspondencia observada entre el nivel de conocimientos que la población maneja y su práctica sanitaria.
3. La respuesta social de la población frente a los problemas de salud es más positiva en el barrio Hilario Sánchez debido al consenso alcanzado por sus organizaciones, lo que ha permitido incidir en los problemas de salud y en el mejoramiento de las condiciones de vida.

4. La falta de utilización de metodologías participativas y de sistematización en la implementación y evaluación de la educación sanitaria, limita la obtención de mayores cambios de actitud y práctica sanitaria en la población estudiada.
5. La poca incorporación de los factores sociales y culturales, como componentes esenciales de estrategias educativas en la población, limitan la capacidad de respuesta social ante los problemas de salud.
6. Los actores sociales de ambos barrios tienen un enfoque integral sobre salud en el que se incluyen factores biológicos, ambientales, económicos, sociales y culturales, sin embargo en el barrio Las Torres, la polarización política que impide el consenso entre las organizaciones comunitarias, no permite a los agentes comunitarios concretizar esa percepción de salud en acciones de promoción que involucren a la comunidad.

7. Las organizaciones comunitarias han desarrollado en alguna medida la solidaridad social, principalmente frente a situaciones trágicas como la muerte, sin embargo, la solidaridad no es un fenómeno generalizado en la población, porque los efectos causados por las transformaciones económico sociales que ha vivido la sociedad nicaragüense, con la inserción del modelo socio-económico neoliberal, desarrolló en la población toda una cultura de individualización.
8. Se demuestra que con la comunidad organizada se alcanza un impacto positivo en las condiciones de salud de la población, sin embargo, a pesar de contar con la comunidad organizada aún no se logra el proceso de autosostenibilidad, autogestión y empoderamiento.
9. Las organizaciones comunitarias adolecen de métodos, mecanismos y herramientas que les permita conducir a la población en la apropiación de sus problemas de salud.
10. Las intervenciones sanitarias están enfocadas hacia un nivel de participación individual, sin tomar en cuenta el rol que la familia desempeña en la transformación cultural que incide en los cambios de actitud frente a la salud.

11. Las diferentes concepciones de participación social, tanto de las instituciones y ONGs como de las mismas organizaciones comunitarias, no permiten el ejercicio del poder de la comunidad, promoviendo una actitud pasiva de la población frente a sus problemas.
12. La salud ha sido un elemento de punto de encuentro, en el cual las organizaciones comunitarias de diferentes signos políticos han logrado establecer un consenso, significando para el barrio Hilario Sánchez el fortalecimiento de sus organizaciones comunitarias.

VIII. RECOMENDACIONES.

1. Potencializar el uso de metodología participativas en la educación sanitaria, en la cual se tome en cuenta las condiciones de vida, los aspectos culturales y religiosos y las experiencias acumuladas por la población, de forma que favorezca una transformación en los valores y en su actitud hacia la salud individual y colectiva y por la tanto hacia sus prácticas sanitarias.
2. Promover el debate entre líderes comunitarios, instituciones y ONGs sobre el concepto de participación social que contemple el empoderamiento de la comunidad en función del fortalecimiento de la sociedad civil.
3. Implementar encuentros y talleres entre las instituciones, ONGs y organizaciones comunitarias para analizar las alternativas de modelos de intervención, que planteen a la familia como unidad de análisis, para poder transformar hábitos y actitudes frente a la salud que conlleven a la comunidad a una concepción de barrios saludables.

4. Desarrollar intervenciones sanitarias que surjan de la discusión con las organizaciones comunitarias partiendo del análisis de los problemas y necesidades de la comunidad.
5. Promover entre las instituciones, ONGs y organizaciones comunitarias la formulación, gestión y ejecución de proyectos de generación de ingresos, de elevar el nivel académico y de mejoramiento del medio ambiente y de condiciones de vida.
6. Promover en el desarrollo de las intervenciones de salud la incorporación de otros sectores que tienen incidencia en la vida de la comunidad, como la iglesia, las escuelas, centros de trabajo y diversión.
7. Incorporar en planes de capacitación para las organizaciones comunitarias métodos, técnicas y herramientas para el fortalecimiento de la capacidad organizativa y de conducción de los líderes en el ejercicio del poder de la comunidad.
8. Elaborar una versión en lenguaje popular de los resultados del presente estudio, que sirva de base para un debate local con los actores involucrados en el mismo, para la identificación de mecanismos propios de búsqueda de consenso alrededor de sus problemas.

IX. BIBLIOGRAFIA.

1. Ander-Egg, Ezequiel. Técnicas de investigación social. 19 e. editorial H. V. Manitas, Buenos Aires, Argentina.
2. Armijo Rojas, Rolando. Epidemiología. edit. Intermedica, Argentina. 1974.
3. Barona de Infante, Nohemy; Alvarez A., Lugarda. Sociedad y Salud. Edit Formas Precisas, Cali, Colombia, 1991.
4. Bertrand, Janet. et al. Techniques for analyzing focus group data. Evaluation Review, Vol.16 No.2, April, 1992.
5. Briceño, Roberto. La casa enferma: sociologia de la enfermedad de chagas. Capriles C.A., Caracas, Venezuela, 1990.
6. Cabezas Solera, Dr. Edgard. La medicina en América, Antecedentes. Ednasss, San José, Costa Rica, 1990.
7. Castro Pérez, Roberto; Hernández, Isabel. Participación comunitaria y planificación familiar. Una exploración desde el punto de vista de los usuarios. Perspectivas en Salud Pública 15. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 1992.
8. Consejo Nacional de Salud. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. Managua, Octubre, 1993.

9. Debus, Mary. Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales. University of Pennsylvania, USA, 1988.
10. Donati, Pierpaolo. Manual de sociología de la Salud. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, España, 1994.
11. García, J.C. Pensamiento social en salud en América Latina. Interamericana MC Graw-Hill, OMS, México D.F., 1994.
12. Hawe, Penelope; Degeling, Deirdre; Hall, Jane. Cómo conducir un grupo focal. Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud. Masson, S.A., España. 1993.
13. Hernández, Carlos Dr., et al. Participación social en salud: los promotores voluntarios. Nueva Nicaragua, Managua, Nicaragua, 1991.
14. Hernández, Elías Roberto. Administración en Salud Pública. Progreso. España, 1983.
15. Kohler, Connie L., et al. Use of focal group methodology to develop an asthma self-management program useful for community-based medical practices. Health Quarterly, Vol. 20. 1993.
16. Kliksberg, Bernardo, et al. Pobreza un tema impostergable. Fondo de Cultura Económica. México D.F., 1993.

17. Krueger, Richard A. Designing and conducting focus group interviews. University of Minnesota, St. Paul, 1993.
18. Laurell, Asa Cristina. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos médicos sociales. No. 37, septiembre, 1986 .
19. Martinez, Manuel M. Análisis de políticas de salud y procesos de participación social. Nicaragua. Informe de investigación. CIES-UNAM, Managua, Nicaragua, 1993.
20. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico. Revista MINSA, 1992.
21. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. Vol. No. 1. 1993.
22. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. Plan trienal de salud 1991-1993. 1991.
23. Nirenberg, Olga; Perron, Nestor. Organización y gestión participativas en los sistemas locales de salud. Bol of Sanit Panaman, 109, 1990.
24. Oakley, Peter. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. OMS, Ginebra, 1993.

25. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra, 1989.
26. Organización Panamericana de la Salud. Silos: "estudios de casos" en participación social. OPS/OMS ediciones, Washington D.C., 1990.
27. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de acciones de salud y bienestar. OPS/HSTA. 1992.
28. Organización Panamericana de la Salud. Salud y sus determinantes: salud y condiciones de vida. OPS/HSTA, 1992.
29. Organización Panamericana de la Salud. La participación en los sistemas locales de salud. OPS/OMS ediciones, Washington D.C., 1990.
30. Organización Panamericana de la Salud. Participación social en los sistemas locales de salud. Washington, D.C., 1988. Serie desarrollo de servicios de salud 35.
31. Organización Panamericana de la Salud. La participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud. Series de informes técnicos. Ginebra 1991.

32. Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. OPS/OMS. Publicación científica no. 540. Washington D.C., EUA., 1992.
33. Paganini, José M.; Chorny, Adolfo H.. Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los noventa. Boi of Saint Panam 109, 1990.
34. Participación Popular en Salud en Nicaragua. Revista centroamericana de ciencias sociales. Año 8. Enero-Abril. 1988.
35. Piura, Julio Dr. Introducción a la metodología de la investigación científica. Edit. El Amanecer S.A., Managua, Nicaragua, 1994.
36. Rocha, Armidia; Ulloa, Mirna. La participación voluntaria en las jornadas populares de salud. Tesis monográfica, escuela de sociología, Universidad Centroamericana, 1993.
37. Rufían, Dolores; Palma, Eduardo. La descentralización. problema contemporáneo en América Latina. OPS/OMS. Documento mimeografiado.
38. San Martín, Hernán. et al. Epidemiología: teoría, investigación y práctica. Ediciones Díaz de Santo, Madrid, España, 1986.

39. Selva Sutter, Ernesto. Concepción, dinamismo transformable y transformadora sobre Salud Pública como práctica profesional. abril, 1990. Mimeografiado.
40. Smith, William A., Debus, Mary. El papel de la investigación cualitativa en la prevención del SIDA. AIDSCOM, University Pennsylvania, USA, 1992.
41. Turabián, José Luis. Participación comunitaria en la salud. ediciones Díaz de Santos, S.A., España, 1992.
42. Vuori, H. La participación comunitaria en atención primaria: un medio o una finalidad en sí misma. Atención primaria. Vol. 10, no. 9, diciembre, 1992.
43. Wiedmaier, Annemarie. Sociología de la salud comunitaria. Ministerio Sanidad y Consumo, España, 1993.

X. ANEXOS

ANEXO NO. 1

TABLAS Y GRAFICOS DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS DEL ESTUDIO

TABLA No. 1**GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES POR BARRIO.**

GRADO DE ESCOLARIDAD	BARRIOS		TOTAL
	LAS TORRES	H. SANCHEZ	
ANALFABETAS	14 20.0%	11 15.7%	25 17.9%
ALFABETIZADOS	4 5.7%	2 2.9%	6 4.3%
PRIM.INCOMPLETA	31 44.3%	26 37.1%	57 40.7%
PRIMARIA COMPLETA	8 11.4%	6 8.6%	14 10.0%
SEC. INCOMPLETA	7 10.0%	12 17.2%	19 13.6%
SEC. COMPLETA	3 4.3%	8 11.4%	11 7.8%
UNIVERSITARIOS	3 4.3%	5 7.1%	8 5.7%
TOTAL	70 50.0%	70 50.0%	140 100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

TABLA No. 2**TIPO DE COCINA DE LAS VIVIENDAS POR BARRIO.**

COCINA EN LAS VIVIENDAS	BARRIOS					
	L. TORRES		H. SANCHEZ		TOTAL	
GAS	20	28.6%	33	47.1%	53	37.9%
LEÑA	43	61.4%	34	48.6%	77	55.0%
ELECTRICIDAD	7	10.0%	2	2.9%	9	6.4%
KEROSENE	0	0.0%	1	1.4%	1	0.7%
TOTAL	70	100.0%	70	100.0%	140	100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

TABLA No. 3

DISPOSICION DE AGUAS GRISES POR BARRIO.

DISPOSICION DE AGUAS GRISES	BARRIOS					
	L. TORRES		H. SANCHEZ		TOTAL	
REGADO	30	42.9%	20	28.6%	50	35.7%
ZANJEO	20	28.6%	3	4.3%	23	16.4%
T/SUMIDERO	14	20.0%	4	5.7%	18	12.9%
ALCANTAR.	6	8.6%	43	61.4%	49	35.0%
TOTAL	70	100.0%	70	100.0%	140	100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

TABLA No. 4

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD RECONOCIDOS POR

LAS MADRES, POR BARRIO.

PROBLEMAS DE SALUD	LAS TORRES		HILARIO S.		TOTAL	
MALARIA	40	57.1%	21	30.0%	61	43.6%
EDA	2	2.9%	12	17.1%	141	10.0%
IRA	6	8.6%	11	15.7%	17	12.1%
ZANCUDOS	4	5.7%	12	17.1%	16	11.4%
SER. SALUD INADECUADOS	6	8.6%	3	4.3%	9	6.4%
DENGUE	3	4.3%	1	1.4%	4	2.9%
CHARCAS	3	4.3%	4	5.7%	7	5.0%
BASURA	2	2.9%	1	1.4%	3	2.1%
POBREZA	0	0.0%	1	1.4%	1	0.7%
ENF. PIEL	0	0.0%	1	1.4%	1	0.7%
NO SABE	4	5.7%	3	4.3%	7	5.0%
TOTAL	70	100.0%	70	100.0%	140	100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez, Octubre 1995.

TABLA No. 5

**RELACION DEL GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES
CON EL CONOCIMIENTO SOBRE
LA EDAD DE VACUNACION DEL SARAMPION.**

GRADO DE ESCOLARIDAD	EDAD VACUNACION SARAMPION				TOTAL	
	SABE		NO SABE			
ANALFABETAS	3	6.0%	22	24.4%	25	17.9%
ALFABETIZADOS	2	4.0%	4	4.4%	6	4.3%
P. INCOMPLETA	23	46.0%	34	37.8%	57	40.7%
P. COMPLETA	5	10.0 %	9	10.0%	14	10.0%
SEC. INCOMPLETA	11	22.0%	8	8.9%	19	13.6%
SEC. COMPLETA	3	6.0%	8	8.9%	11	7.8%
UNIVERSITARIOS	3	6.0%	5	5.6%	8	5.7
TOTAL	50	100.0%	90	100.0%	140	100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

TABLA No. 6**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS QUE
TRABAJAN EN SALUD, POR BARRIO.**

ORGANIZA. COMUNITARIA	LAS TORRES	HILARIO S.	TOTAL
BRIGADISTAS DE SALUD	14 20.0%	24 34.3%	38 27.1%
MCN-JCOP-BS	0 0.0%	11 15.7%	11 7.9%
JCOP-BS	4 5.7%	1 1.4%	5 3.6%
JCOP-MCN	2 2.9%	1 1.4%	3 2.1%
JCOP	2 2.9%	2 2.9%	4 2.9%
MCN	2 2.9%	0 0.0%	2 1.4%
IGLESIA	1 1.4%	0 0.0%	1 0.7%
MCN-JCOP- VECINO	1 1.4%	0 0.0%	1 0.7%
IGLESIA-BS	0 0.0%	1 1.4%	1 0.7%
CASA BASE	1 1.4%	0 0.0%	1 0.7%
NINGUNO	43 61.4%	30 42.9%	73 52.1%
TOTAL	70 100.0%	70 100.0%	140 100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

TABLA No. 7**OPINION DE LAS MADRES SOBRE ORGANIZACIONES
COMUNITARIAS QUE TRABAJAN EN SALUD, POR BARRIO.**

ORGANIZ. COMUNITARIA	LAS TORRES		HILARIO S.		TOTAL	
BRIGADISTAS DE SALUD	15	55.6%	22	55.0%	37	55.2%
MCN-JCOP-BS	0	0.0%	14	35.0%	14	20.9%
JCOP	4	14.8%	3	7.5%	7	10.4%
MCN	2	7.4%	1	2.5%	3	4.5%
IGLESIA	1	3.7%	0	0.0%	1	1.5%
VECINO	1	3.7%	0	0.0%	1	1.5%
NINGUNO	3	11.1%	0	0.0%	3	4.5%
NO SABE	1	3.7%	0	0.0%	1	1.5%
TOTAL	27	100.0%	40	100.0%	67	100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

TABLA No. 8**RESPUESTAS DE LAS MADRES SOBRE EL TIPO DE ACTIVIDAD QUE REALIZAN LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS QUE TRABAJAN EN SALUD, POR BARRIO.**

TIPO DE ACTIVIDAD	LAS TORRES		HILARIO S.		TOTAL	
JORNADA DE LIMPIEZA	14	51.9%	9	22.5%	23	34.3%
VACUNACION	1	3.7%	14	35.0%	15	22.4%
EDUCACION EN SALUD	5	18.5%	10	25.0%	15	22.4%
PASTILLAS	1	3.7%	0	0.0%	1	1.5%
CENSO	2	7.4%	1	2.5%	3	4.5%
S/ORAL	1	3.7%	0	0.0%	1	1.5%
CALENDARIO	0	0.0%	4	10.0%	4	6.0%
VISITA ENFERMOS	1	3.7%	0	0.0%	1	1.5%
REUNIONES	0	0.0%	1	2.5%	1	1.5%
RECOLECTAS	1	3.7%	0	0.0%	1	1.5%
NO SABE	1	3.7%	1	2.5%	2	2.9%
TOTAL	27	100.0%	40	100.0%	67	100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

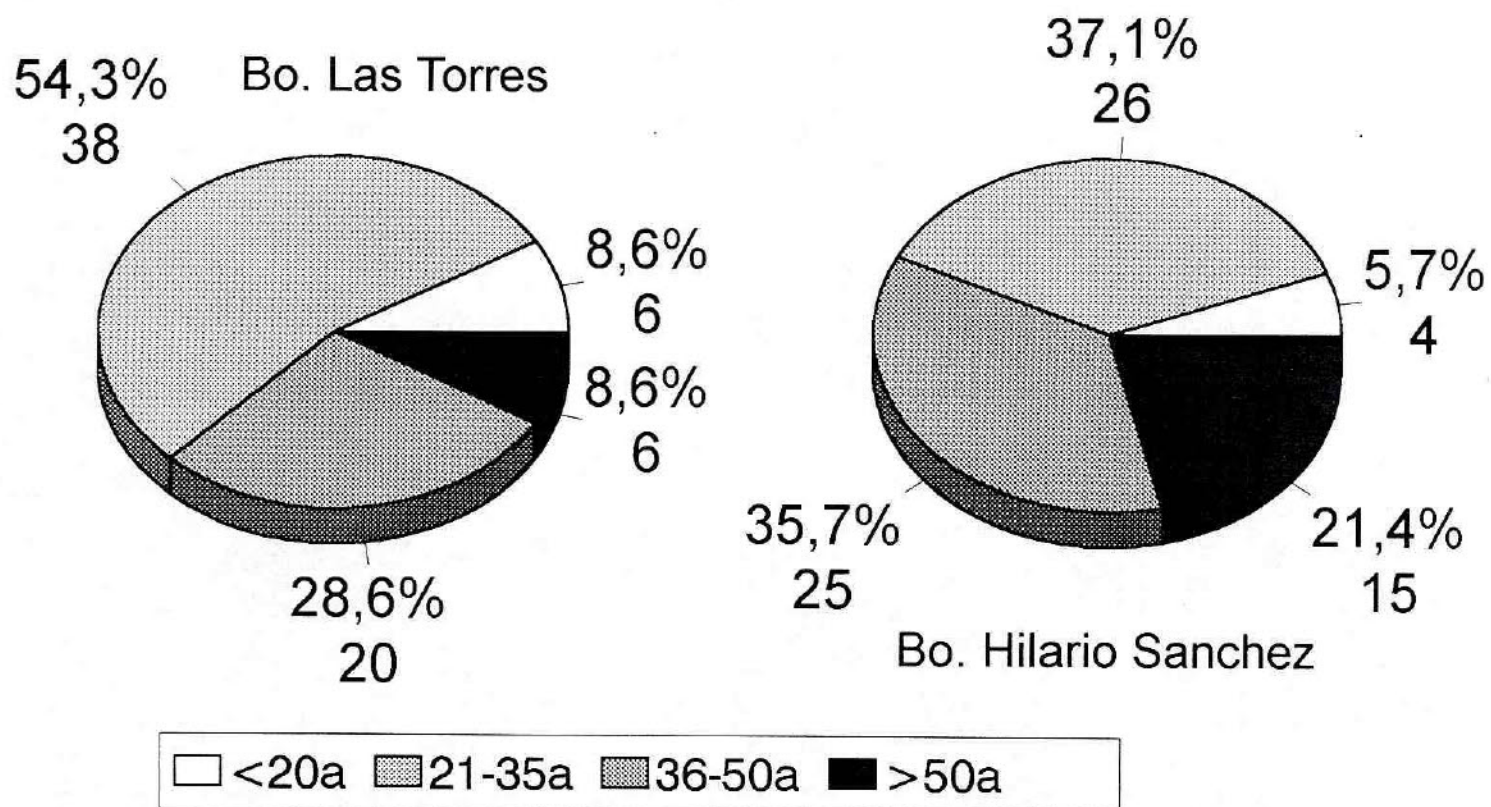
TABLA No. 9**ACTIVIDADES EN SALUD QUE REALIZAN
LAS MADRES, POR BARRIO.**

ATIVIDADES EN SALUD QUE REALIZAN LAS MADRES.	BARRIOS		TOTAL
	LAS TORRES	H. SANCHEZ	
LIMPIEZA	14 82.3%	18 45.0%	32 56.0%
EDUCACION	1 5.9%	14 35.0%	15 26.3%
VACUNACION	1 5.9%	1 2.5%	2 3.6%
RECOLECTA	1 5.9%	2 5.0%	3 5.3%
TODAS	0 0.0%	5 12.5%	5 8.8%
TOTAL	17 29.8%	40 70.2%	57 100.0%

Fuente: Encuesta realizada a madres de familia de los barrios Las Torres e Hilario Sánchez. Octubre 1995.

RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD

EDAD DE LAS MADRES DE FAMILIA POR BARRIO

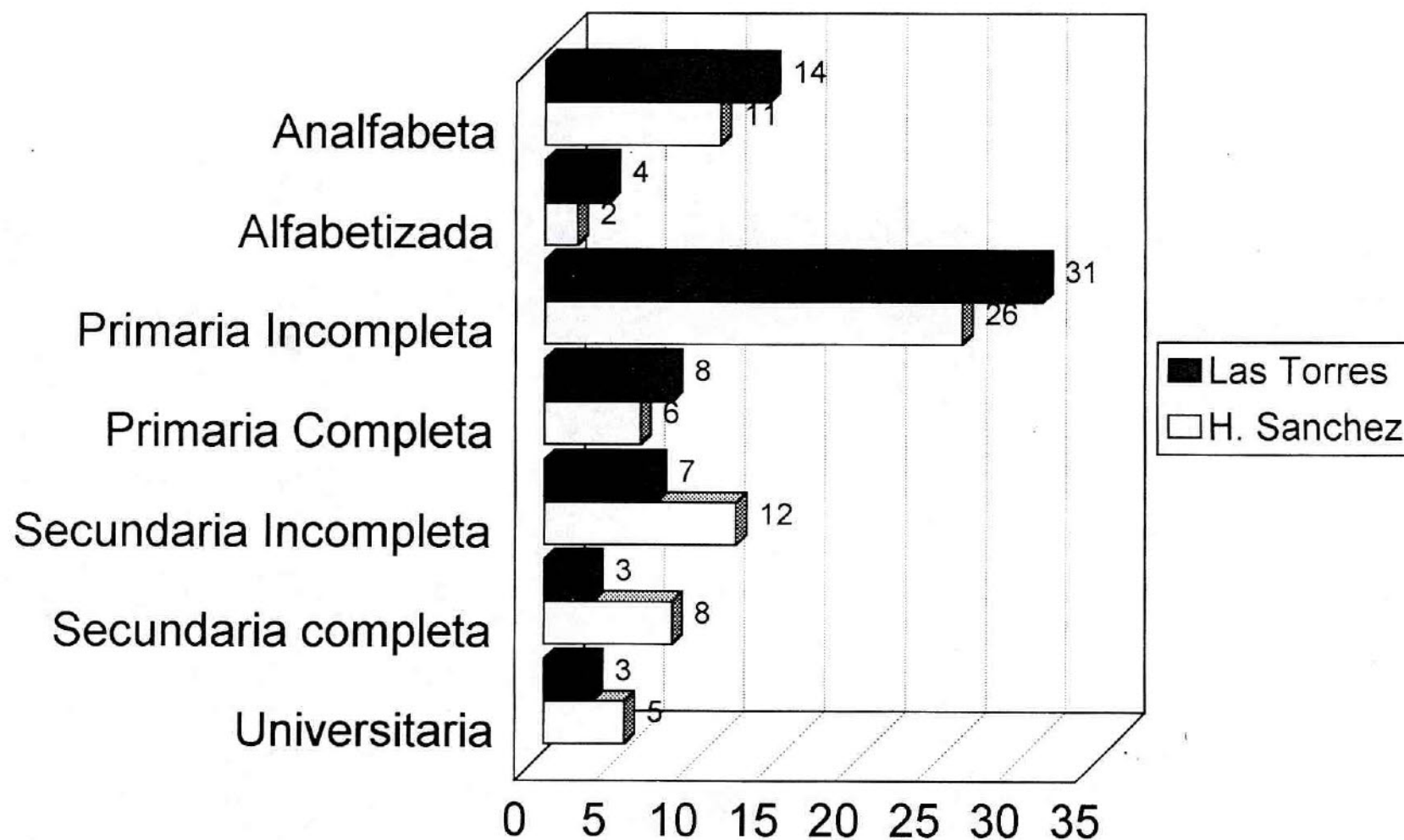


Fuente: Encuesta Octubre/95

Grafico No. 1

RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD

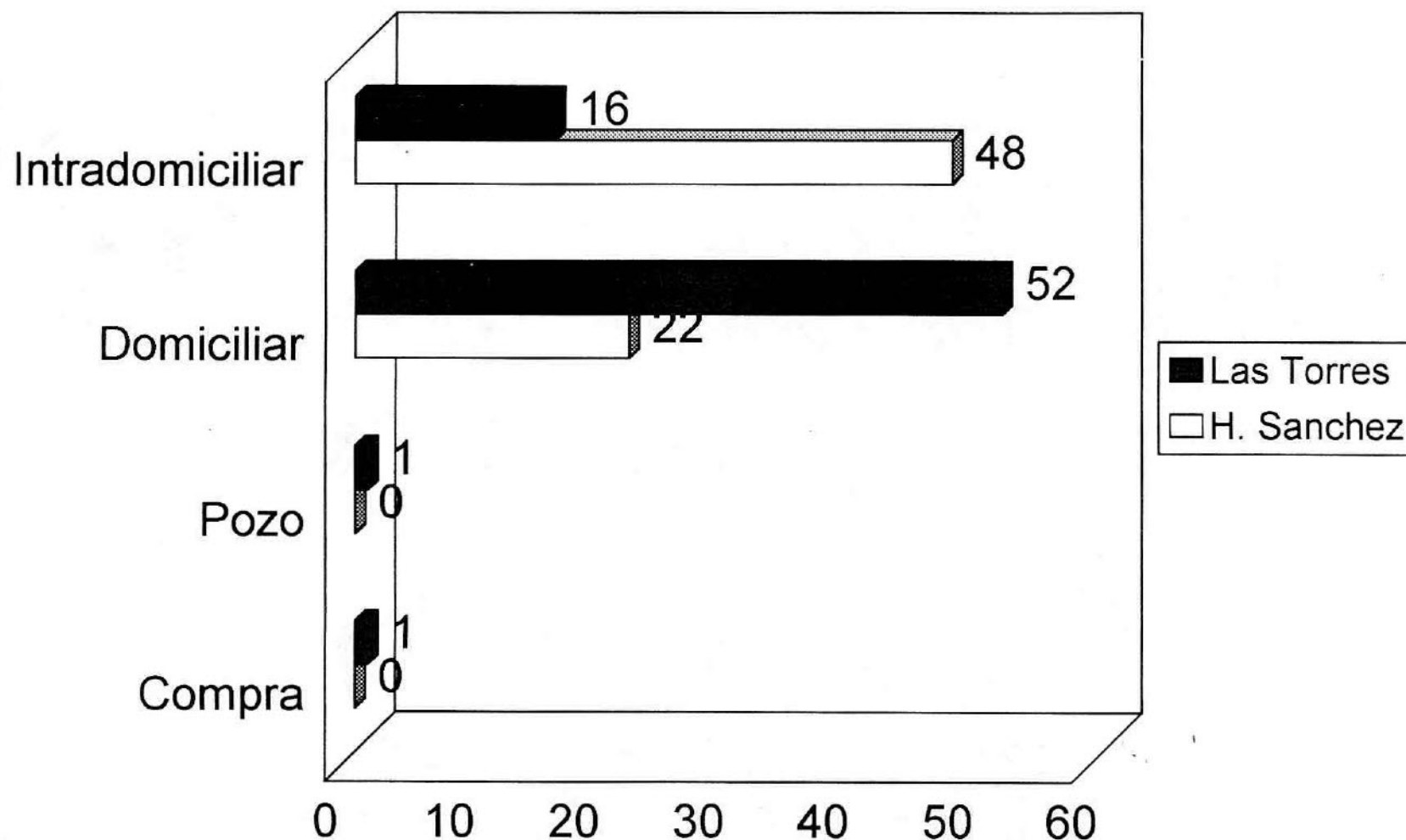
GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES POR BARRIO



Fuente: Encuesta Octubre/95. Grafico No. 2

RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD

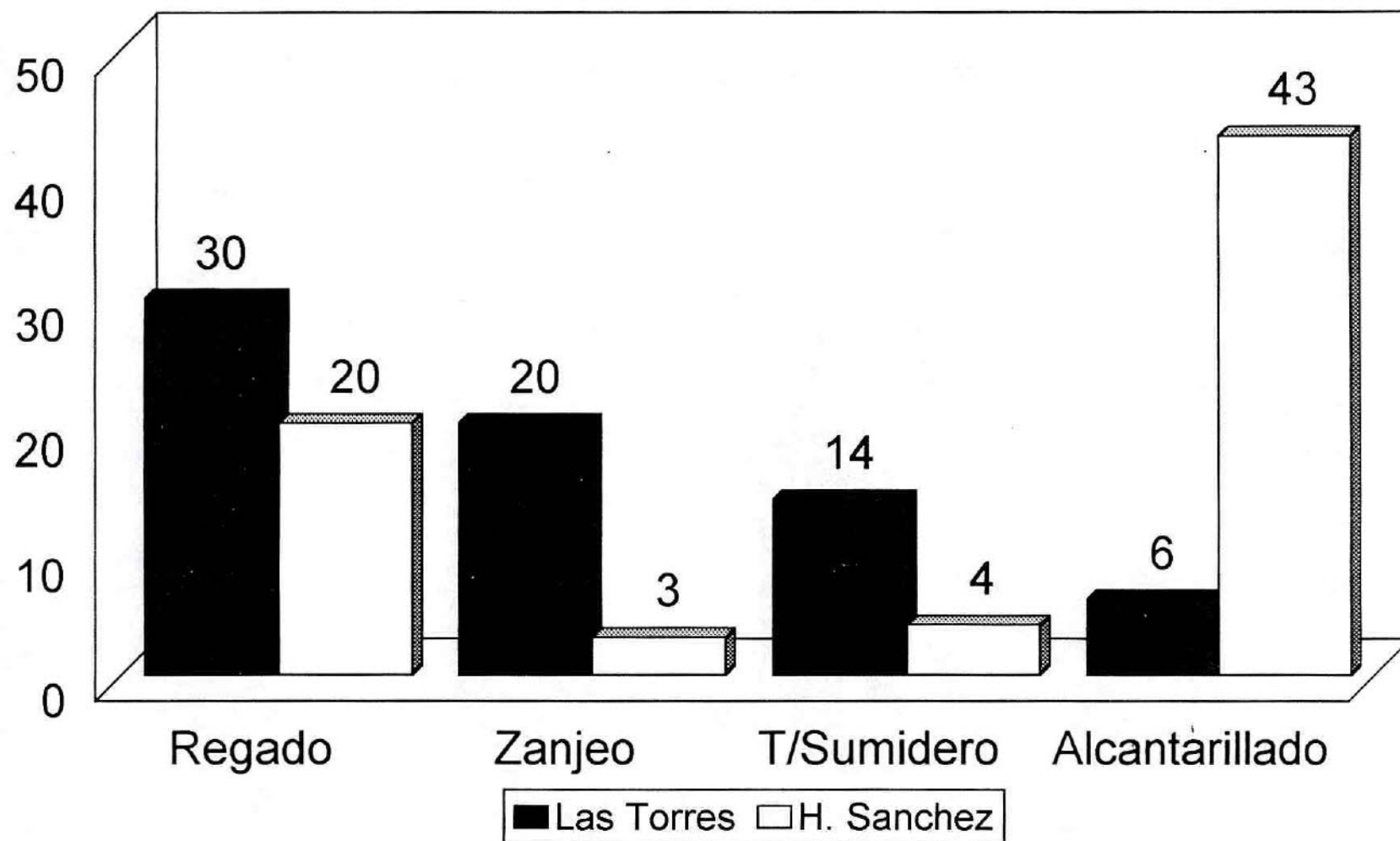
UBICACION DE LA FUENTE DE AGUA POTABLE POR BARRIO



Fuente: Encuesta Octubre/95. Grafico No. 3

RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD

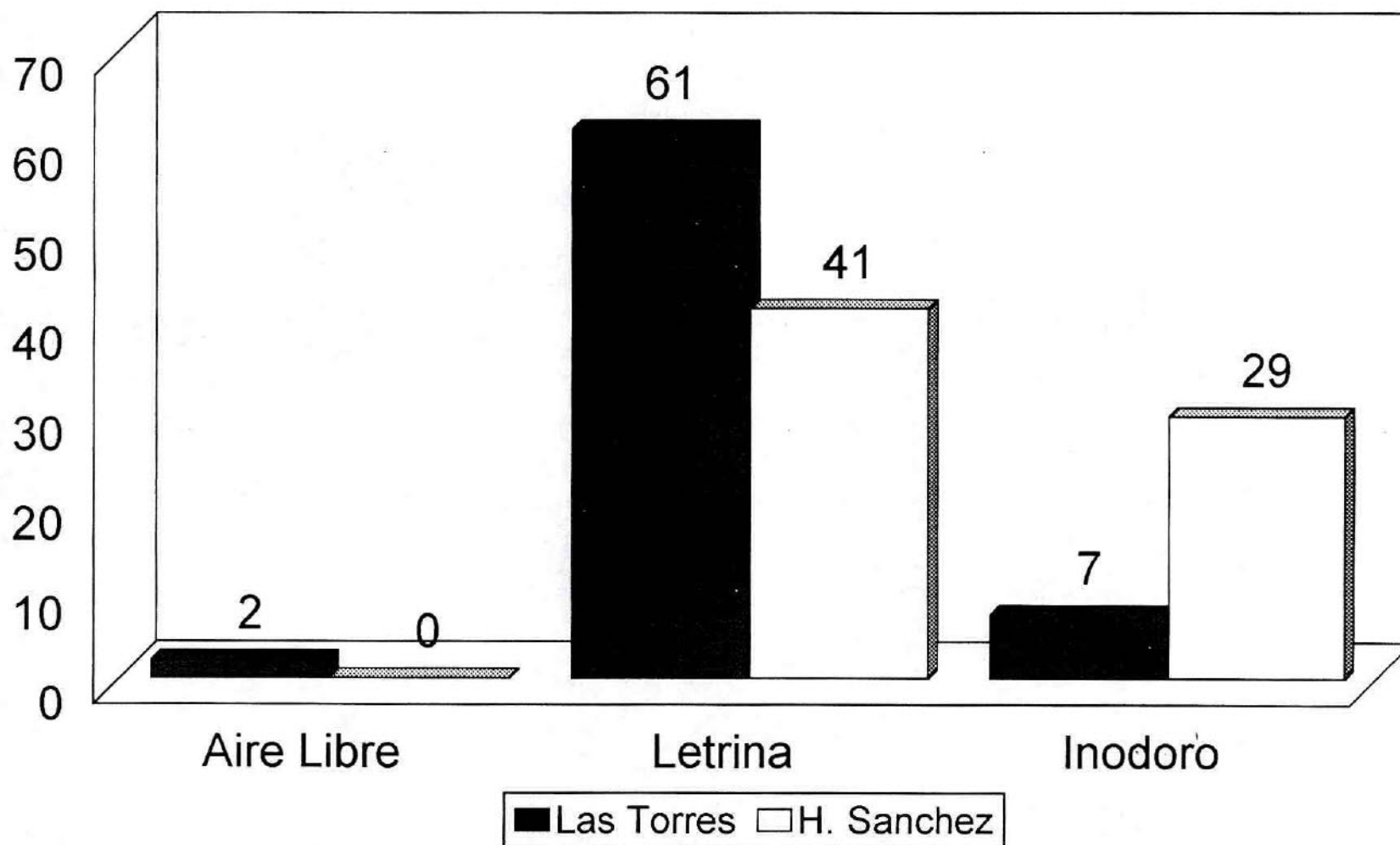
DISPOSICION DE AGUAS GRISES POR BARRIO



Fuente: Encuesta Octubre/95. Grafico No. 4

RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD

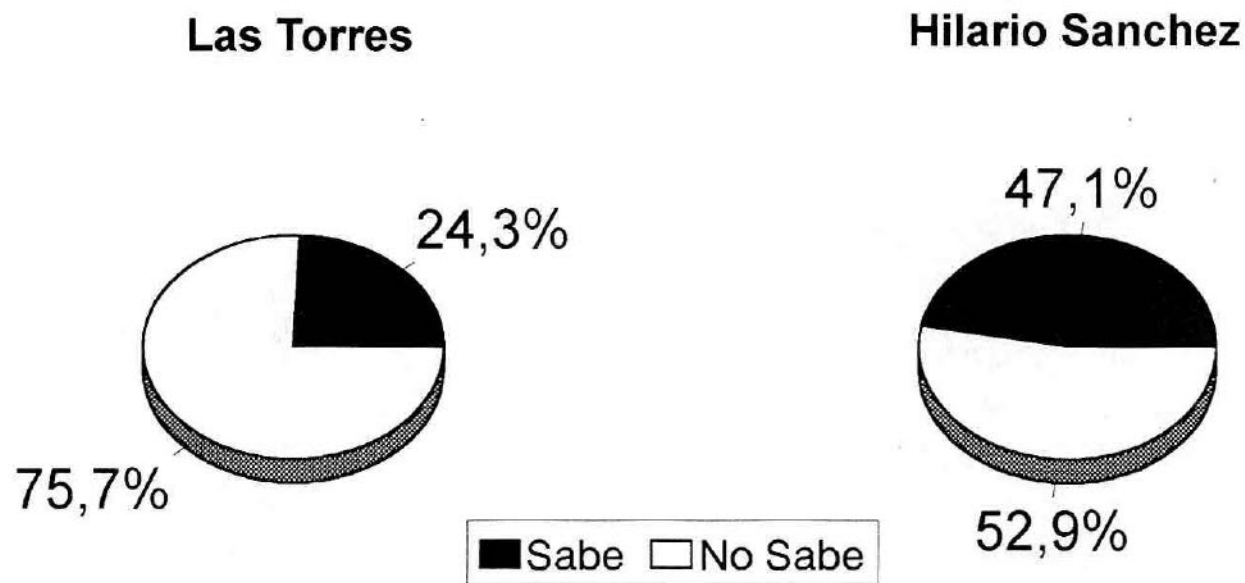
DISPOSICION DE EXCRETAS POR BARRIO



Fuente: Encuesta Octubre/95. Grafico No. 5

RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD

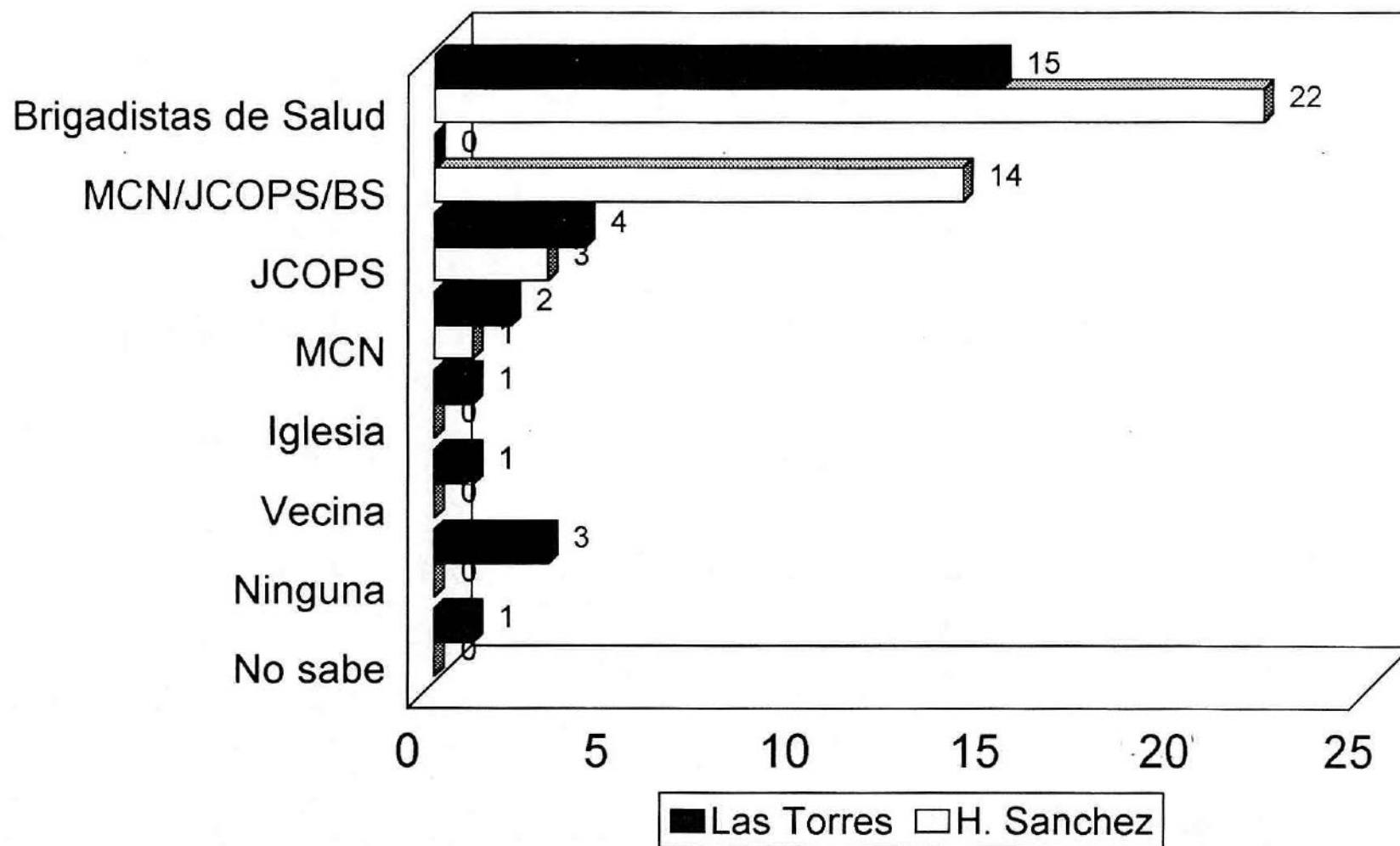
CONOCIMIENTO MADRES DE EDAD DE VACUNACION ANTISARAMPIONOSA



Fuente: Encuesta Octubre/95 . Grafico No. 7

RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD

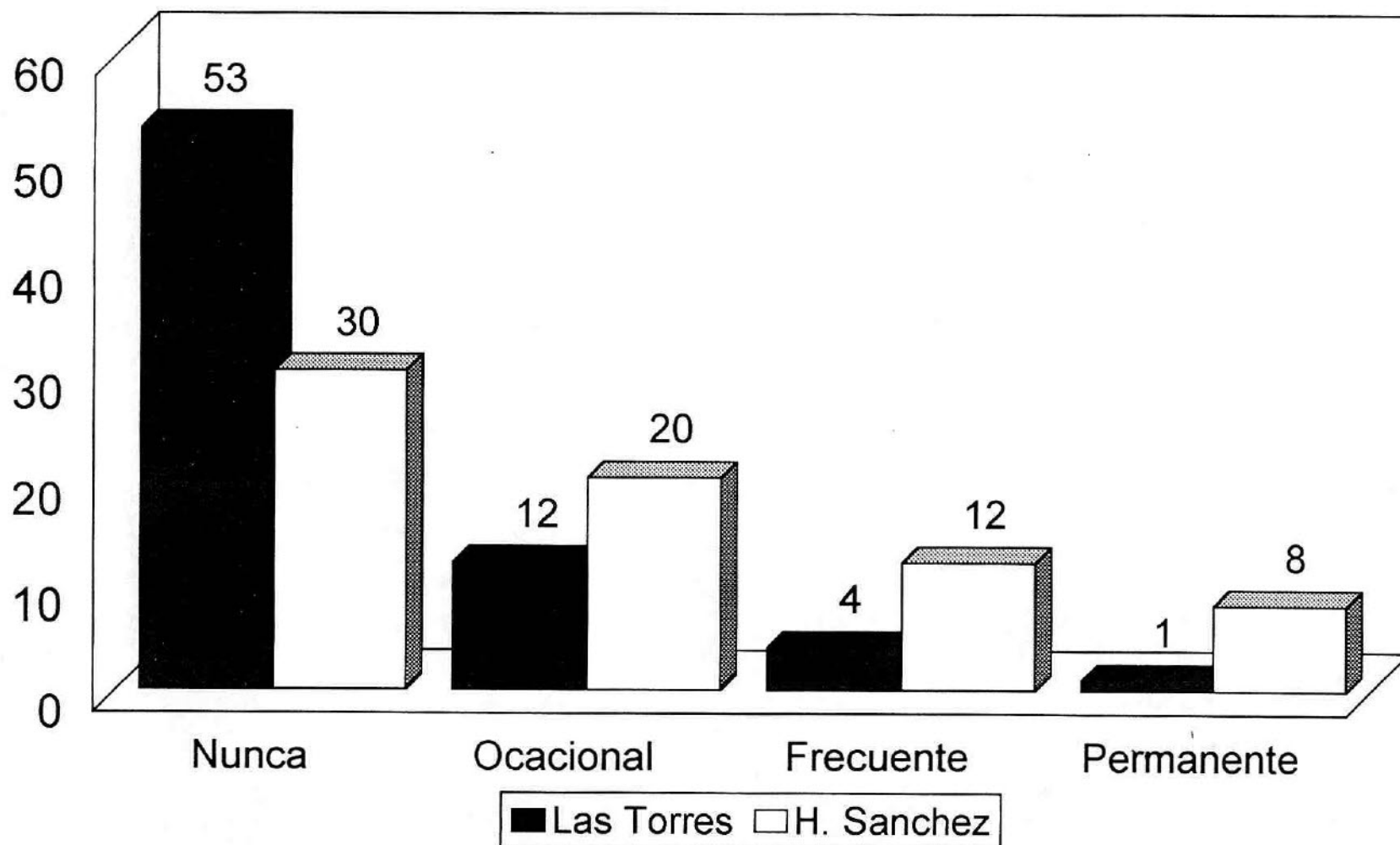
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS QUE TRABAJAN EN SALUD POR BARRIO



Fuente: Encuesta Octubre/95. Grafico No. 8

RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD

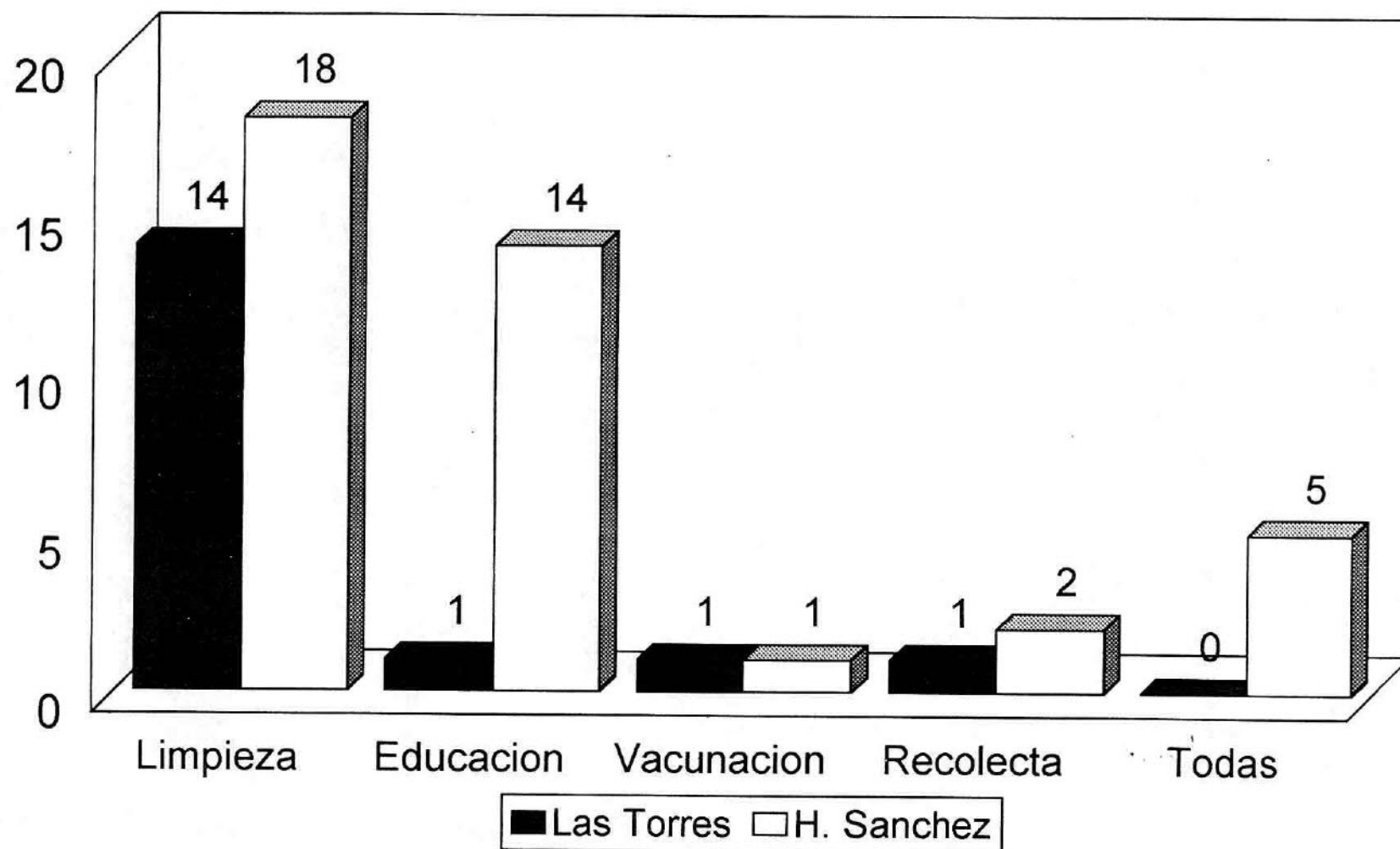
NIVEL DE PARTICIPACION DE LAS MADRES EN ACTIVIDADES DE SALUD



Fuente: Encuesta Octubre/95. Grafico No. 9

RESPUESTA SOCIAL DE LA POBLACION FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD

ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS MADRES DE FAMILIA POR BARRIO



Fuente: Encuesta Octubre/95. Grafico No. 10

ANEXO No. 2

MAPA DE MANAGUA

UBICACION DEL DISTRITO IV DE MANAGUA

GUIA MANANIC

MANAGUA = NICARAGUA

AL SERVICIO DEL DESARROLLO NACIONAL

ESCALA APROXIMADA 1:17,543

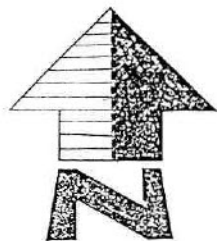


ANEXO No. 3

MAPA DEL BARRIOS HILARIO SANCHEZ.

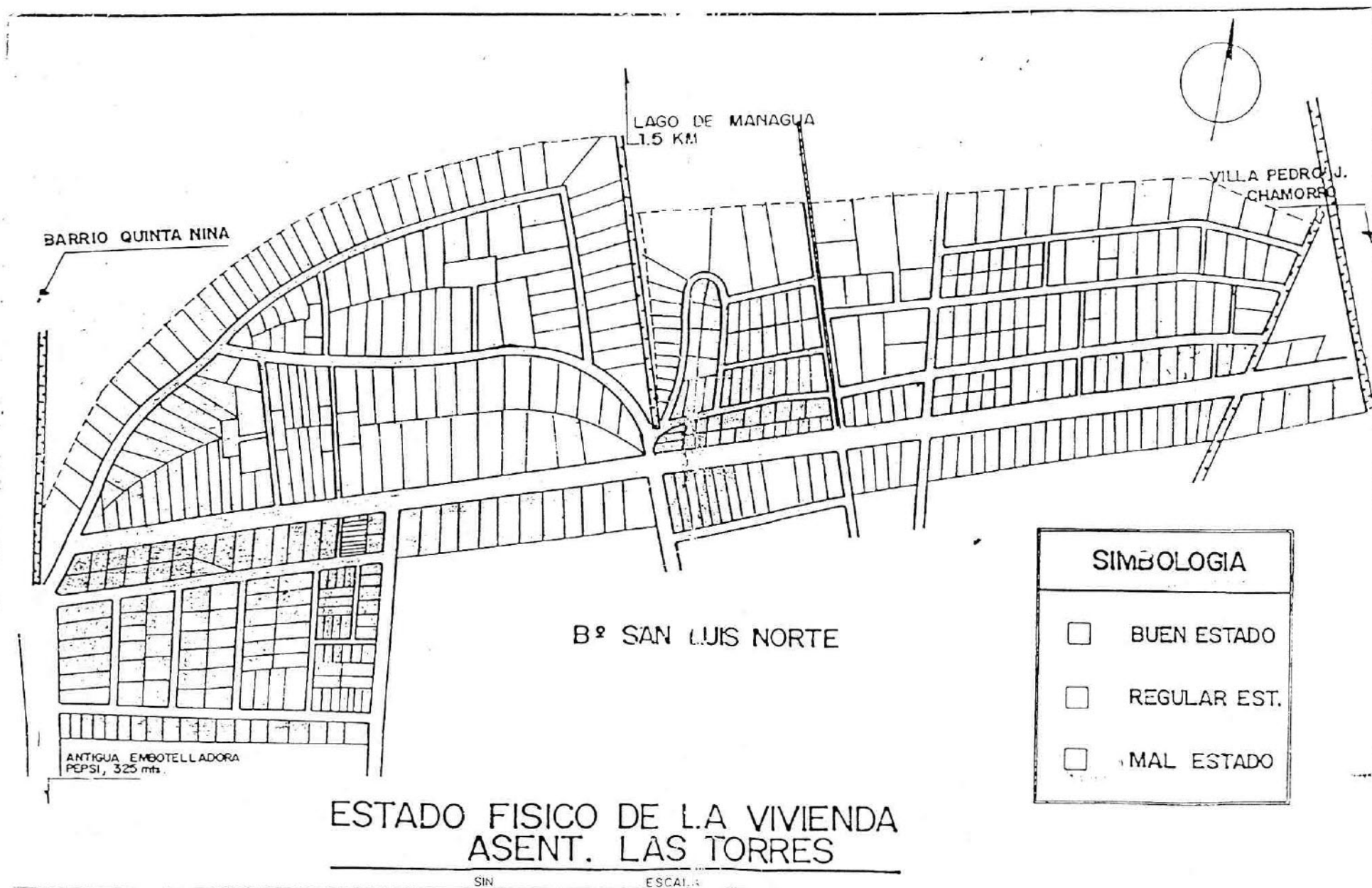
DIAGNOSTICO: SITUACION ACTUAL BARRIO "HILARIO SANCHEZ"

ESCALA:



ANEXO No. 4

MAPA DEL BARRIO LAS TORRES



ANEXO No. 5

UBICACION TERRITORIAL DE LAS UNIDADES

SOCIALES ESTUDIADAS

DISTRITO IV DE MANAGUA.

INFORMACION GENERAL DEL DISTRITO CUATRO DEL SILAIS CENTRAL DEL MUNICIPIO DE MANAGUA.

El Distrito IV, pertenece al SILAIS Managua, del Departamento de Managua (Región III), está ubicado en la parte nororiental de la ciudad de Managua, con una extensión territorial de 17.30 Km².

Limita al Norte con la Costa del Lago de Managua, al Sur con la Rotonda de Metrocentro sobre la pista de la Resistencia, bordeando dentro del margen de los barrios: Ducualí, Venezuela, hasta los semáforos de Rubenia, al Este con la pista de la Solidaridad que abarca desde los semáforos de Rubenia hasta el barrio Selim Shible, al Oeste desde la Rotonda de Metrocentro, sobre la avenida Bolívar hasta la plaza parque de la Revolución.

Dentro del distrito se encuentra una parte de la zona costera del Lago de Managua, la Laguna de Tiscapa y áreas verdes que pertenecen principalmente al Parque Luis Alfonso Velásquez, la mayor parte del distrito tiene una escasa arborización.

La densidad poblacional del Municipio es de 76.4 habitantes por kilómetro cuadrado, la densidad urbana es de 515.3 y la rural de 27.6 habitantes por km cuadrado, lo que significa que es recomendable instalar inodoros en el casco urbano y letrinas en la zona rural.

La pirámide poblacional del Municipio tiene una base ancha y una cúspide pequeña, lo que indica una alta tasa de natalidad y al mismo tiempo una tasa global alta de mortalidad.

El Distrito IV tiene una población de 174.359 habitantes con una densidad poblacional de 10.078 habitantes por Km². Está compuesto por 41 barrios los que se clasifican en: Tradicionales, asentamientos y los que se ubican en la zona costera.

El 41.3% de la población se concentra en el grupo de 0-14 años, el 37 % lo conforma el de 15-34 años, el grupo de 35-49 años representa el 12.9 % y los de 50 y más años el 8.5%. El 25% de la población femenina, está en edad fértil.

El 55.9% de la población es económicamente activa, lo que implica una relación de la población dependiente de 1.2 por cada persona. El índice de masculinidad es de 96 hombres por cada 100 mujeres.

La vivienda varía dependiendo del tipo de barrio, existe un alto contraste en cuanto a sus condiciones, en los barrios tradicionales las viviendas presentan condiciones adecuadas (piso de ladrillo, red de servicios de agua potable, luz aguas negras intradomiciliar, etc); en cambio en los asentamientos las condiciones son bastantes precarias, acentuándose sobre todo en los de formación más reciente.

Los barrios de las zonas costeras carecen de aguas negras y de suficientes cauces con las consecuencias de inundaciones en épocas lluviosas.

El Centro de Salud Francisco Buitrago, brinda los siguientes servicios: Control prenatal, morbilidad pediátrica, Atención Integral al Niño, curaciones, emergencias, Ginecología, Inmunizaciones, Servicio de Laboratorio, Enfermedades de Transmisión Sexual, Morbilidad de Adultos, Enfermedades Crónicas no transmisibles, Trabajo social, Rayos Equis, Nutrición, Zoonosis, Dengue y malaria.

El Programa Materno infantil, es el que se ha definido como prioritario por parte de los responsables del centro de salud. La caracterización del programa está dividido en dos grandes componentes: Atención Integral a la Mujer y Atención Integral del Niño. El componente de Atención Integral a la Mujer tiene los siguientes sub-programas: Planificación Familiar, Detección Precoz del cancer Cervico Uterino, Atención Ginecológica y Control Prenatal.

En este distrito se concentra la "zona industrial" de Managua, operando 73 industrias siendo las más importantes: Dos pasteurizadoras, una Cervecería y otras fábricas dedicadas al procesamiento de alimentos, gran parte de los empleados de las industrias provienen de otras zonas de Managua, ya que la mayor parte de la población del Distrito se dedica al comercio y los servicios.

En cuanto a los servicios, la mayor parte se concentra en bares y restaurantes y comercio en general, siendo el mercado Oriental uno de sus grandes ejes.

La ubicación del Mercado Oriental y la "zona industrial" de Managua, juegan un importante papel en el quehacer no sólo de sus moradores, sino de gran parte de la población capitalina, ya que funciona como polo de atracción económico.

Paradójicamente a pesar de ser una zona de gran actividad económica, gran parte de la población económicamente activa de este Distrito trabaja en el sector informal y muchos están desempleados; como consecuencia existe un alto nivel de delincuencia que constituye un problema social permanente, la delincuencia juvenil, el aumento de los niños en situación de riesgo y la prostitución son un reflejo de la difícil situación económica por la que atraviesa la población.

Obviamente que toda esta situación es consecuencia de la crisis económica general por la que atraviesa el país.

En este aspecto, es importante señalar que los ingresos de la población dedicada a las actividades del sector informal son inestables, carecen de protección laboral y tampoco tienen horarios establecidos, en estas condiciones el proceso de desgaste a que se someten los individuos es casi siempre mayor a la de sus posibilidades de reproducción.

Las Enfermedades diarreicas agudas, las respiratorias e infecciones de la piel, han sido las tres principales causas de morbilidad en los neonatos.

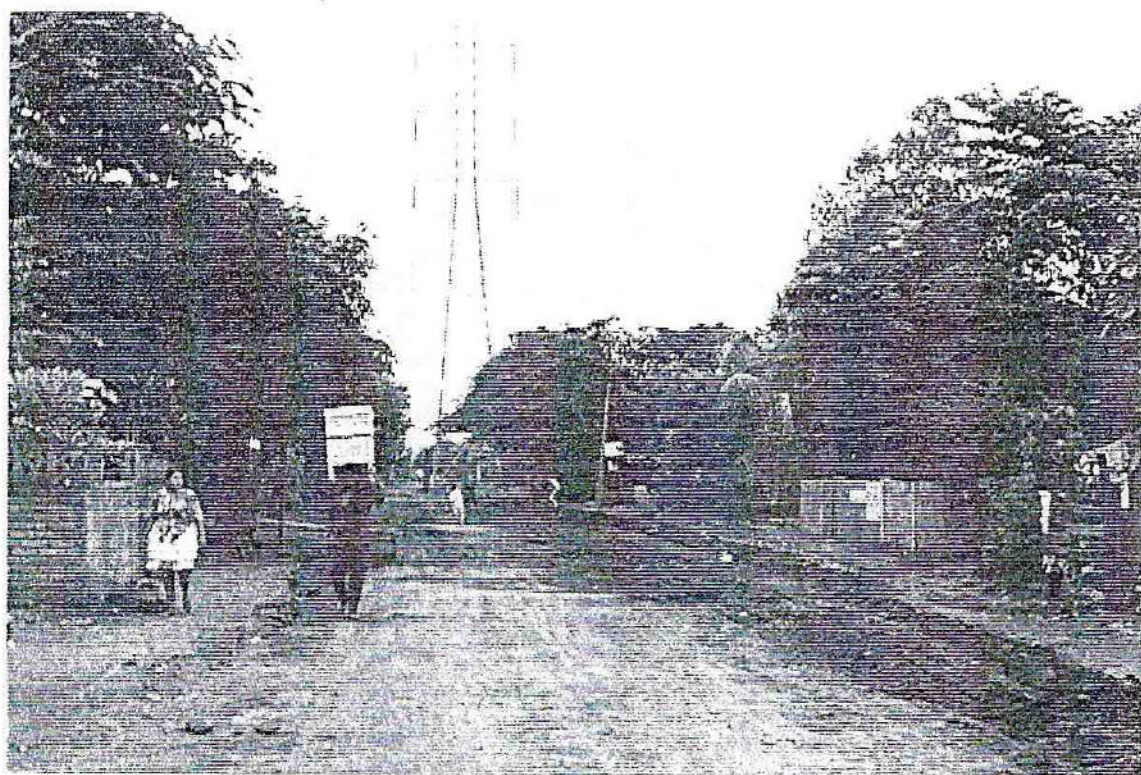
En los grupos de menores de un año en los últimos cuatro años, las enfermedades respiratorias agudas han ido en ascenso y las diarreicas e infecciones de la piel se han mantenido.

Dentro de las enfermedades de Notificación Obligatoria, en los últimos tres años y en el primer trimestre del 93, sobresalen en orden de importancia, la gonorrea y la malaria, enfermedades prevenibles por vacunas.

ANEXO No. 6

MEMORIA FOTOGRAFICA

BARRIO LAS TORRES
CONDICIONES HIGIENICAS SANITARIAS



TORRES DE ALTA TENSION EN CALLE PRINCIPAL DEL BARRIO

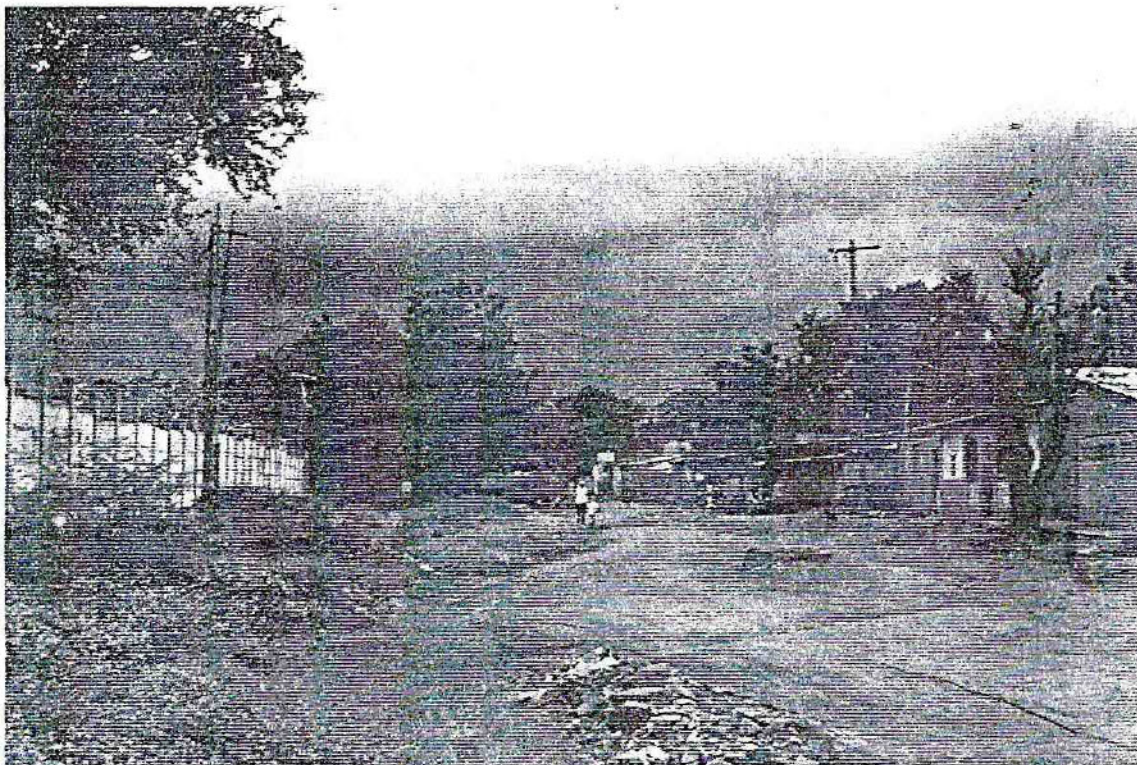


PRESENCIA DE CHARCAS Y ZANJAS QUE SALEN DE VIVIENDAS

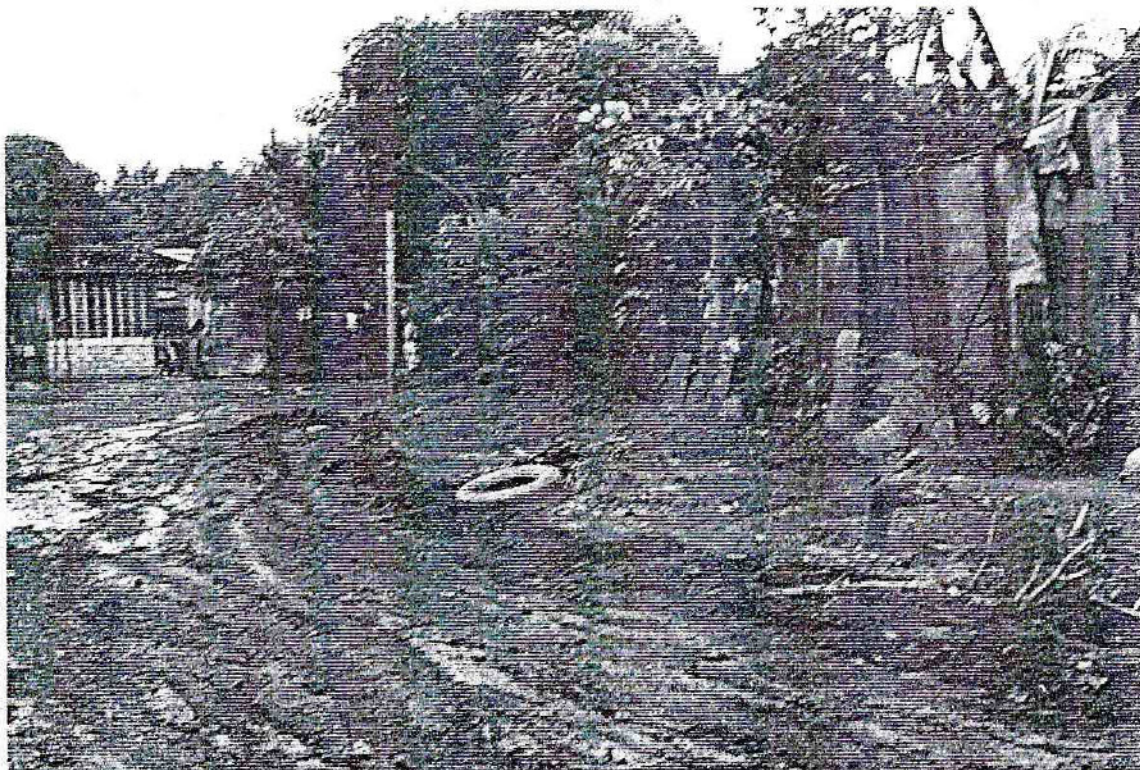


BARRIO LAS TORRES, CAUCES Y BOTADEROS DE BASURAS

BARRIO HILARIO SANCHEZ
CONDICIONES HIGIENICAS SANITARIAS



CALLE PRINCIPAL DEL BARRIO HILARIO SANCHEZ



PRESENCIA DE CHARCAS, ZANJAS Y BOTADEROS DE BASURA

RECOLECCION DE LA INFORMACION

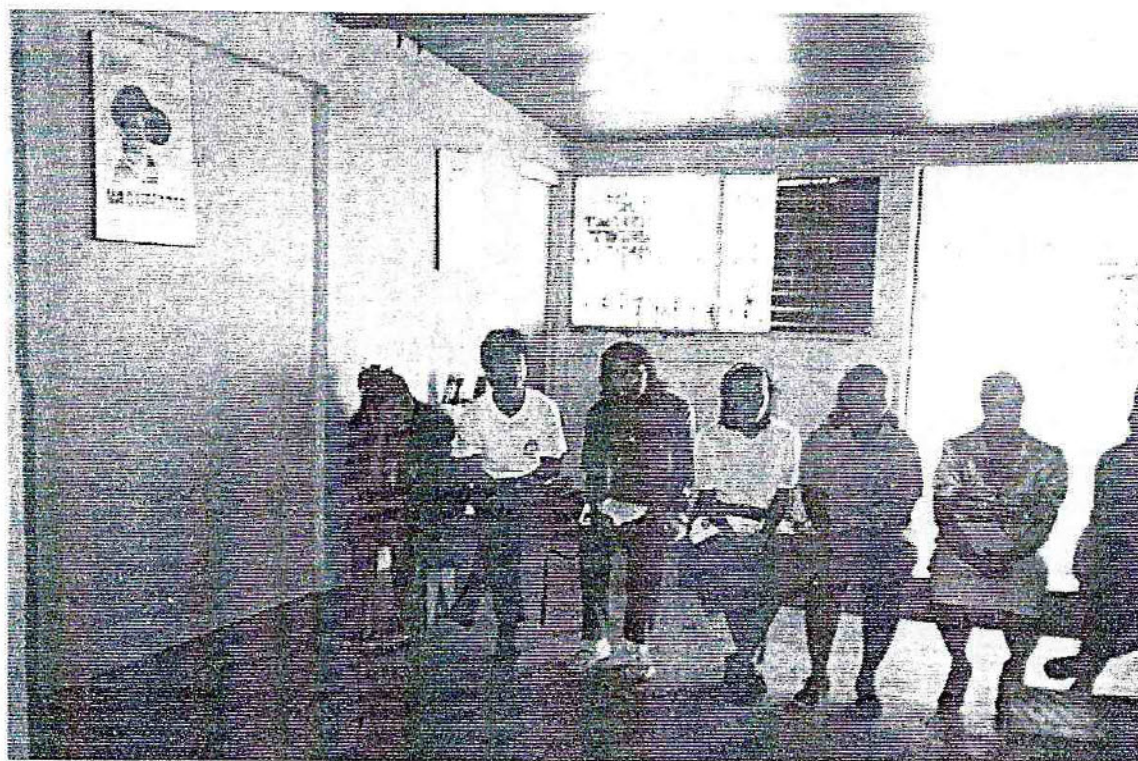
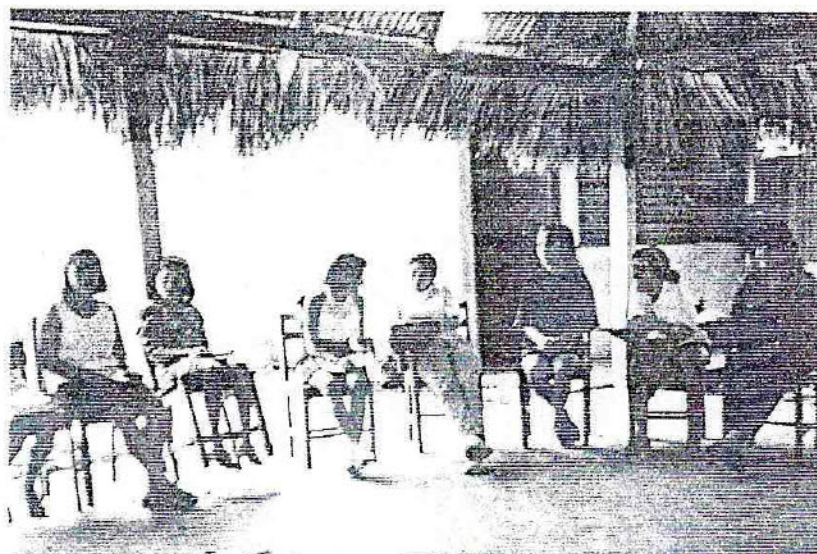


MOMENTOS DE LA REALIZACION DE LA ENCUESTA



ENTREVISTA CON ACTORES COMUNITARIOS.

RECOLECCION DE LA INFORMACION



MOMENTOS DE LA REALIZACION DE
LOS GRUPOS FOCALES EN LOS BARRIOS

ANEXO No. 7

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

ANEXO No. 7.1

**GUIA PARA GRUPO FOCAL A ACTORES SOCIALES
DE LA COMUNIDAD**

GUIA PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES EN LA COMUNIDAD

- 1. Algunos datos sobre la situación socio-económica de la comunidad.**
 - 1.1. Desempleo.
 - 1.2. Condiciones higiénico-sanitaria.
 - 1.3. Nivel de educación.
 - 1.4. Problemas de salud más frecuentes en la comunidad.
- 2. Conocimientos y prácticas en la comunidad sobre los problemas de salud.**
 - 2.1. Percepción sobre la salud.
 - 2.2. Factores que favorecen la presencia de los problemas de salud.
 - 2.3. Consideran que la población tiene suficientes conocimientos para prevenir la enfermedad.
 - 2.4. Creen que la población pone en práctica sus conocimientos.
- 3. Sobre la organización y participación de la comunidad.**
 - 3.1. Existe alguna organización comunitaria para enfrentar los problemas de salud de la comunidad.
 - 3.2. Se han desarrollado actividades en la comunidad para enfrentar los problemas de salud.
 - 3.3. Qué respuesta ha tenido la comunidad frente a estas actividades.
 - 3.4. Las organizaciones comunitarias del barrio se han planteado proyectos que permitan resolver algunos problemas de la comunidad.
 - 3.5. Cómo están desarrollando su trabajo las organizaciones comunitarias.
 - 3.6. Existe relación entre ellas y cómo es la relación.
- 4. Responsabilidad frente a los problemas de salud.**
 - 4.1. De quién creen ustedes que son responsabilidad los problemas de salud de la comunidad.
 - 4.2. Qué piensan sobre la actuación del MINSA y de las otras instituciones del Estado u organismos no gubernamentales frente a los problemas de salud en la comunidad.
 - 4.3. Existe algún tipo de relación entre la organización comunitaria y las instituciones y organismos que trabajan para la salud.
 - 4.4. Qué mecanismos han desarrollado en la comunidad para apoyar a las personas que presentan problemas de salud (diarrea, Cólera) y como han sido desarrollados.
 - 4.5. Qué acciones piensan ustedes que deberían realizar las organizaciones comunitarias para enfrentar los problemas de salud.

ANEXO No. 7.2

GUIA DE ENTREVISTA PARA INFORMANTES CLAVES

GUIA PARA ENTREVISTAS CON INFORMANTES CLAVES.

1. Cómo consideran la situación socio-económica de la comunidad ?.
2. Cuáles son los principales problemas de salud que ha presentado la comunidad ?.
3. Por qué consideran que se dan los problemas de salud en la comunidad ?.
4. Cómo consideran que está la organización comunitaria para enfrentar los problemas de salud ?.
5. Conoce de actividades concretas donde ha estado presente la comunidad para resolver los problemas de salud ?.
6. Creen que la población tiene suficientes conocimientos para enfrentar sus problemas de salud ?.
7. Qué prácticas consideran que la comunidad no efectúa ?.
8. Conocen de algún mecanismo desarrollado por la comunidad para ayudar a las personas a enfrentar sus problemas de salud, ha existido alguna orientación institucional ?.
9. Qué esperarían las instituciones de la comunidad para resolver los problemas de salud ?.
10. Como instituciones tienen implementado algún mecanismo de comunicación, vinculación u organización con la comunidad ?.
11. Qué mecanismos de coordinación han implementado con otras instituciones, tanto estatales como no gubernamentales ?.

ANEXO No. 7.3

ENCUESTA A MADRES DE FAMILIA DE LOS BARRIOS

LAS TORRES E HILARIO SANCHEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA

ENCUESTA A MADRES DE FAMILIA SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD

ENCUESTA # _____ ENCUESTADOR _____ FECHA _____ CASA # _____
BARRIO _____

I. DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

1. Cuántos años de edad tiene?. []
2. Qué grado de escolaridad tiene usted?.
 - 2.1 Analfabeta [] 2.2 Alfabetizado [] 2.3 Primaria Incompleta [] 2.4 Primaria Completa [] 2.5. Secundaria Incompleta [] 2.6. Secundaria Completa [] 2.7 Técnico [] 2.8 Universitario []
3. Cuántas personas viven en la casa?. []
 - 3.1 Menores de 15 años [] 3.2 De 15 años o más []

II. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

4. De dónde se abastece de agua potable?
 - 4.1 Dentro de la casa [] 4.2 Fuera sin compartir [] 4.3 Puesto comunal [] 4.4 Pipa [] 4.5 Pozo [] 4.6 Compran []
5. Qué hacen con el agua sucia que sale en la casa?
 - 5.1 Regado [] 5.2 Zanja [] 5.3 T. séptico/sumidero [] 5.4 Alcantarillado []
6. Con qué tipo de servicio higiénico cuentan en su casa?
 - 6.1 Aire libre [] 6.2 Letrina [] 6.3 Inodoro []
7. Qué hacen con la mayor parte de la basura que se produce en su casa?
 - 7.1 La tira a la calle [] 7.2 Predios vacíos [] 7.3 La quema [] 7.5 Entierra [] 7.4 Tren de aseo []
8. Con qué cocinan en su casa?
 - 8.1 Tanque de Gas [] 8.2 Leña [] 8.3 Otro []Especifique _____
9. Dónde está ubicada la cocina?
 - 9.1 Dentro de la casa [] 9.2 Fuera de la casa []
10. Cuántos lugares para dormir tiene la casa? []

III. SITUACION DE SALUD.

11. Cuáles son los principales problemas de salud que afectan su comunidad?

12. En los últimos 15 días, alguien de la familia tuvo diarrea?
12.1 si [] 12.2 no [] (Si es NO, saltar a la pregunta 14)

13. Cuántas personas de la familia tuvieron diarrea? []

14. En los últimos 15 días alguien de la familia tuvo tos o catarro?

14.1 si [] 14.2 no [] (Si es NO, saltar a la pregunta 16)

15. Cuántas personas de la familia tuvieron tos o catarro: []

IV. CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD

16. Cómo considera usted que se pasa o transmite la diarrea?

17. Si alguien en su familia tiene diarrea, que síntoma de gravedad haría que usted busque ayuda?

18. Si alguien en su familia tiene una enfermedad respiratoria que síntoma de gravedad haría que usted busque ayuda?

19. A qué edad un niño debe recibir la vacuna contra el sarampión?

19.1 Especifique en meses [] 19.2 No sabe []

20. Qué medidas practican en su familia para prevenir la diarrea?

21. Si alguien de su familia tiene diarrea que hace?

22. Si alguien de su familia tiene una enfermedad respiratoria qué hace?
-
-

V. PERCEPCION SOBRE LA ORGANIZACION Y PARTICIPACION COMUNITARIA

23. Qué organizaciones comunitarias conoce en su barrio que trabajan en salud?

23.1 Mov. Comunal [] 23.2 Jcops [] 23.3 Iglesia []
23.4 Mov. Mujeres [] 23.5 Mov. Brigadistas []
23.6 Ninguna []
23.7 Otros [] Especifique _____
(Si marca ninguna pasar a la pregunta 26)

24. A su criterio, cuál de estas organizaciones trabaja más?.

24.1 Mov. Comunal [] 24.2 Jcops [] 24.3 Iglesia []
24.4 Mov. Mujeres [] 24.5 Mov. Brigadistas []
24.6 Ninguna []
24.7 Otros [] Especifique _____

25. Tipo de actividades que realizan estas organizaciones para abordar los problemas de salud.

25.1 J. Limpieza [] 25.2 J. Educ. [] 25.3 Visita a enfermos []
25.4 Remisión de enfermos [] 25.5 Ninguna []
25.6 Otros [] Especifique _____

26. Usted participa en actividades para enfrentar los problemas de salud en su comunidad?

26.1 Nunca [] 26.2 Ocasionalmente [] 26.3 Con frecuencia []
26.4 Permanentemente [] (Si es NUNCA termina encuesta)

27. En que tipo de actividades principalmente participa usted?

27.1 J. Limpieza [] 27.2 Educación [] 27.3 Visita a enfermos []
27.4 Remisión de enfermos [] 27.6 Otros []
Especifique _____

MUCHAS GRACIAS POR SU INFORMACION